

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 4

DES

NÉPHRITES CHRONIQUES DOULOUREUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 8 Novembre 1907

PAR

Jean-Baptiste-Hector GODINEAU

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Limoges (Haute-Vienne), le 23 août 1881.

Examineurs de la Thèse	{	MM. POUSSON,	prof ^e -adjoint...	Président.
		COÛNE,	professeur.....	Juges.
		VERGER,	agrégé.....	
		VENOT,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET

47, RUE POQUELIN-MOLIERE, 47

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 4

DES

NÉPHRITES CHRONIQUES DOULOUREUSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

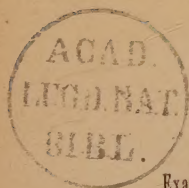
présentée et soutenue publiquement le 8 Novembre 1907

PAR

Jean-Baptiste-Hector GODINEAU

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Limoges (Haute-Vienne), le 23 août 1881.



Examineurs de la Thèse

{	MM. POUSSON,	prof ^r -adjoint...	<i>Président.</i>
	COÛNE,	professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	VERGER,	agrégé.....	
	VENOT,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } MASSE..... }		Professeurs honoraires.	
MM.		MM.	
Clinique interne	{ PICOT. PITRES. DEMONS. LANELONGUE.	Physique biologique et élec- tricité médicale	BERGONIÉ.
Clinique externe.....		Chimie	BLAREZ.
Pathologie et thérapéu- tique générales.....	VERGELY.	Histoire naturelle	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Médecine opératoire...	VILLAR.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	LEFOUR.	Médecine expérimentale...	FERRÉ.
Anatomie pathologique.	COÏNE.	Clinique ophtalmologique..	BADAL.
Anatomie	N.	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Clinique gynécologique...	BOURSIER.
Physiologie	JOLYET.	Clinique médicale des mala- dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Hygiène	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGÈS.
Médecine légale.....	L. LANDE.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
		Pathologie exotique.....	LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.	MM. VERGER.	M. CRUCHET.
CABANNES.	ABADIE.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe..	{ MM. BÉGOUIN. VENOT. GUYOT.	Accouchements....	{ MM. ANDÉRODIAS. PERY.
----------------------	------------------------------------	-------------------	----------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	{ MM. GENTES. CAVALIÉ.	Histoire naturelle.....	{ MM. BEILLE. MANDOUL.
Physiologie.....	GAUTRELET.		

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie	M. BENECH.	Pharmacie.....	{ MM. BARTHE. LABAT.
--------------	------------	----------------	-------------------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A MES ONCLES QUÉRÉ ET RÉGIS

A MON AMI JEAN BEAUVIEUX

Interne des Hôpitaux.

A MES BONS CAMARADES LES DOCTEURS ADDA ET VULLIEN

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. COÏNE

*Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de Biologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOURG

Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON

*Professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chargé du Cours de clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de l'Instruction publique,*

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'élève pendant
un an. Je lui dois tout ce que je sais dans
l'étude des voies urinaires. Il a été pour
moi plus qu'un maître. Je tiens à lui expri-
mer ici ma bien vive reconnaissance.

DES

NÉPHRITES CHRONIQUES DOULOUREUSES

HISTORIQUE

Il n'y a pas bien longtemps encore que les chirurgiens n'intervenaient dans les affections rénales que contre les douleurs, les hématuries et l'anurie. Mais ce sont là des symptômes qui accompagnent fréquemment les affections inflammatoires aiguës ou chroniques du rein. Les accès douloureux, qui éveillaient l'idée d'un calcul, ou les hématuries, qui nécessitaient au point de vue strictement chirurgical une intervention (après un diagnostic soit de calcul, soit de tuberculose), n'étaient que symptomatiques d'une inflammation aiguë ou chronique du rein méconnue.

Aussi l'idée de traiter systématiquement par l'intervention chirurgicale les néphrites médicales est-elle venue aux chirurgiens comme conclusion toute naturelle et logique des succès inespérés obtenus dans les cas semblables opérés par erreur, ou encore dans les cas où l'intervention immédiate était justiciable d'autres causes.

On avait bien parlé, c'était à de très rares reprises, il est vrai, de malades présentant le symptôme douleur; mais ces

crises douloureuses étaient accompagnées toujours d'hémorragies. Nous en voyons des exemples lorsque Rayer nous parle des hématuries essentielles ou *sine materia*; Sénator, des hématuries hémophiliques; Lancereaux, des hématuries angio-névrotiques.

En général, le symptôme « douleur rénale » est laissé de côté ou traité très superficiellement par tous les auteurs qui ont même épuisé à fond l'étude du mal de Bright; à peine dans les épisodes aigus de l'affection le signalent-ils, mais au moment où le mal est passé à l'état chronique, il n'en est plus question. C'est aux chirurgiens que revient l'honneur d'avoir su dépister ces douleurs et de montrer qu'elles pouvaient être symptomatiques d'une affection chronique du rein.

En 1886, Péan, le premier, rapportait un cas de néphrectomie faite pour une néphrite néphralgique, dont le diagnostic primitif avait été lithiasie. Vers la même époque, Sabattier opère et guérit un malade présentant des hématuries, de l'albuminurie et des douleurs. Tiffany, Clément Lucas, Hulke, Mayo-Robson, Sénator, Broca, Hammone, Albarran, Pousson, Pothérat, Poirier enregistrent des cas semblables. Harrisson, en 1896, dans le but de diminuer la tension rénale exagérée, principal facteur de l'albuminurie et des troubles de sécrétion de cet organe, propose délibérément de mettre le rein à nu, de l'inciser ou plus simplement de le ponctionner à travers sa capsule fibreuse. Il émet ces idées dans un travail intitulé : *Sur le traitement de quelques formes d'albuminurie par la ponction rénale*.

Pousson, frappé alors des résultats obtenus par Harrisson, répéta heureusement son intervention à plusieurs reprises.

Fergusson opéra lui aussi dans un cas où il n'y avait pas de diagnostic ferme et arrêté, mais où un calcul du rein était soupçonné.

Voici donc qu'on relève dans la littérature médicale des exemples d'intervention dans des cas où le symptôme « douleur rénale » qui nous occupe spécialement et fait l'objet de ce travail, était un symptôme absolument accessoire, à peine men-

tionné. Nous allons voir maintenant qu'il va être mis en valeur et qu'il va tendre de plus en plus à prendre la première place.

Au XII^e congrès de l'Association française de chirurgie, en 1898, Le Dentu formula nettement son opinion au sujet de douleurs rénales rebelles, sur lesquelles son attention avait été attirée depuis longtemps. « Il existe, dit-il, une forme de douleurs rénales qui rappellent de très près les douleurs de la lithiase. Il y a des néphrites, même d'ordre médical, totales ou partielles, qui causent des douleurs assez vives, assez tenaces, offrant une ressemblance assez accusée avec les caractères des douleurs de la lithiase à grosses concrétions, pour que le diagnostic soit impossible, sans l'intervention directe, par la main, les yeux, l'aiguille et le bistouri. Ce qu'il importe d'établir, continue-t-il, c'est que les accès douloureux siégeant dans le rein ne se rattachent pas toujours à la lithiase, mais ce que je veux mettre en lumière, c'est que les douleurs rénales paroxystiques sont en corrélation avec de la néphrite et même avec diverses formes de néphrites ».

L'année suivante, en 1899, Israël publia, dans le *Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, un important article où il traita : « de l'influence de l'incision du rein dans les processus aigus et chroniques de cet organe ». Il donnait le résultat de quatorze interventions, et il répondait d'avance, dans les conclusions qu'il formulait, aux critiques que son travail devait soulever. Ces critiques ont porté sur les interprétations théoriques qu'il donnait à la question et sur la thérapeutique chirurgicale qu'il préconisait.

Les constatations qu'Israël a voulu mettre en évidence dans son travail sont indiquées d'une façon bien nette dans l'article de M. le professeur Lépine, auquel nous empruntons les lignes suivantes :

« M. Israël, quelque temps après avoir néphrotomisé des » malades souffrant de coliques néphrétiques, et dont le rein, au » moment de l'opération, avait paru atteint d'un processus » inflammatoire plus ou moins étendu, remarqua que, non seulement ces sujets étaient délivrés de leurs coliques néphrétiques »

» ques, mais encore qu'ils ne présentaient plus ni albuminurie, » ni oligurie, ni pollakiurie, il faut ajouter aussi la disparition des » hématuries. Dans une publication plus récente, le même chirurgien n'hésite pas à affirmer qu'un bon nombre de néphral- » gies, hématuriques ou non, doivent être rapportées à un » processus de néphrite, et dépendent de congestions et d'hé- » morragies intrarénales, qui amènent une tension plus ou » moins forte du parenchyme bridé par la capsule. En fait, plu- » sieurs chirurgiens ont constaté *de visu* l'existence d'une con- » gestion du rein chez des malades qu'on pensait atteints de » coliques néphrétiques et d'hématuries » (Keersmoecker, Albar- » ran, Pousson, Pothérat, Korteweg).

Israël donne trois caractères cliniques qui différencient les néphrites opérées par lui des formes de néphrite médicale étudiées dans les traités :

1° La douleur paroxystique, qui ne peut être différenciée des coliques néphrétiques causées par un calcul.

2° L'unité des symptômes causée, il est vrai, par des lésions unilatérales.

3° L'absence d'albumine dans trois cas de néphrites graves démontrées par l'examen microscopique.

Les conclusions d'Israël, dans son travail, sont d'un réel intérêt; les voici telles qu'il les a formulées :

1° Il existe des néphrites unilatérales.

2° Il existe des coliques néphrétiques, produites par des néphrites, elles ressemblent absolument aux coliques néphrétiques causées par des calculs.

3° Il existe des néphrites doubles, qui ne produisent que des coliques unilatérales.

4° Il existe des néphrites graves, sans que pour cela l'urine contienne de l'albumine ou des cylindres.

5° Malgré la présence des cylindres hyalins, granuleux et épithéliaux, l'urine peut être sans albumine.

6° Il existe des néphrites avec des hématuries profuses, survenant par accès.

7° Les hémorragies rénales peuvent se manifester par des

coliques ou sans coliques; l'hématurie n'est pas la cause de la colique, les deux phénomènes sont la suite naturelle de la congestion rénale.

8° Une grande partie des maladies, connues jusqu'à présent sous le nom de néphralgies, néphralgie hématurique, hématurie angio-névrotique, etc..., sont dues à l'existence d'un processus néphrétique.

9° Dans beaucoup de cas, l'incision du rein influence d'une façon favorable le processus néphrétique.

10° L'anurie due à une néphrite ascendante peut être guérie par l'incision du rein.

11° Les plaies rénales ne devraient pas être fermées par des sutures.

De ces onze propositions, que nous avons tenu à mentionner en entier, à cause de leur extrême importance, nous remarquons surtout la deuxième : il existe des coliques néphrétiques, dues à la néphrite et identiques à celles qui sont produites par des calculs. On verra plus tard qu'elle sera le pivot de toute cette étude.

En janvier 1902, Rovsing, dans un intéressant travail traduit dans *Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Mediz. und chir.*, parle d'observations faites par lui dans quatre cas de néphrites chroniques non infectieuses; ce sont des néphrites fibreuses et périnéphrites fibreuses, groupe caractéristique, dont il fait présager le grand intérêt, puisqu'à la suite de leur examen, il est amené à penser que la plupart des cas étiquetés néphralgie ou néphralgie hématurique rentrent dans ce groupement. Il insiste alors avec juste raison sur l'importance clinique que peuvent prendre les douleurs lombaires au cours des néphrites chroniques.

La même année, Kummel, devant le Congrès de la société allemande, dit avoir été frappé de ce que, dans certains cas, les néphralgies et les hématuries peuvent facilement faire penser à une affection chirurgicale et imposer le diagnostic de calcul, alors que seule une affection chronique s'est emparée de l'organe.

Enfin, dans son travail : « De l'intervention chirurgicale dans

les néphrites médicales », paru dans les *Annales des organes génito-urinaires de 1902*, M. le professeur Pousson mentionne quelques cas où une pesanteur fixe et continue dans la région rénale douloureuse lui a paru suffisante pour reconnaître le côté atteint de néphrite et l'autorisa à agir sur le rein. Plus récemment encore, dans un rapport présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, ce même auteur a rapporté trois cas de néphrites chroniques où le symptôme douleur était placé au premier rang et où l'intervention a été faite dans le seul but de supprimer cette douleur, alors que dans les autres cas relatés plus haut elle était modérée et qu'on avait été amené à intervenir pour des raisons plus urgentes.

On voit, par l'exposé rapide de cet historique, que certains auteurs ont révélé l'existence de douleurs dans les néphrites : néphralgies hématuriques, névralgies sont indistinctement confondues ; mais nous devons nous demander si, comme il existe des hématuries sans douleurs, il peut exister des douleurs sans hématuries ; y a-t-il, en un mot, des néphrites douloureuses, qui comprendraient et engloberaient le groupe des névralgies et des néphralgies citées par les auteurs. A la lecture des observations présentées dans ce travail, on peut être amené à penser que les douleurs dont se plaignaient certains malades sont dues à des lésions de néphrite ; s'il est un peu osé de produire une assertion, il est un autre point que nous allons tâcher de démontrer : c'est qu'il existe des néphrites douloureuses, et qu'il est utile d'en connaître les symptômes de façon qu'au moins le praticien songe à faire le diagnostic lorsqu'il se trouve en présence d'un malade présentant des néphralgies et qu'il pense tout de suite à une origine calculeuse de l'affection. Le but de ce modeste travail est précisément d'attirer l'attention sur les néphrites chroniques douloureuses.

PATHOGÉNIE DE LA NÉPHRITE CHRONIQUE DOULOUREUSE

Le cadre de notre travail ne comporte pas la discussion de la pathogénie des diverses néphrites chroniques ; nous ferons seulement la pathogénie de la douleur, de la néphralgie et nous nous contenterons d'indiquer seulement ici à la suite de quelles considérations les chirurgiens ont cru nécessaire d'intervenir dans les néphrites médicales, quels sont les faits que leurs interventions sont venues confirmer et quelles sont les données nouvelles que ces mêmes interventions semblent mettre à l'ordre du jour.

Les auteurs ont déjà discuté sur le mécanisme qui engendre la douleur ; les uns mettent en jeu la compression du parenchyme rénal par la capsule sclérosée ; d'autres, la congestion du rein, bridé par cette capsule qui s'oppose alors à cette expansion pathologique.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans l'historique, Harrisson s'était proposé de diminuer, par l'incision ou même par la ponction simple, la tension intra-rénale exagérée, principal facteur de tous les troubles rénaux. Harrisson admet que sous l'influence de la congestion intense, avec la diapédèse et la prolifération des divers éléments conjonctifs et épithéliaux qui en sont la conséquence, le parenchyme du rein, enfermé à l'étroit dans sa capsule fibreuse inextensible, subit une compression qui, au début, entrave considérablement ses fonctions et les abolit complètement à la longue, en compromettant la vitalité de ses éléments nobles. Les interventions d'Harrisson auraient eu pour but de supprimer cette sorte d'étranglement ; et pour lui cette

saignée locale et directe, en amenant la décongestion des reins, empêchait le passage des néphrites à l'état chronique et prévenait l'aggravation des lésions rénales dans le mal de Bright.

Comme preuve de la tension rénale exagérée par la congestion de l'organe, Harrisson dit avoir vu souvent en ponctionnant la capsule, pour agir ainsi sur le rein, le sang jaillir en jet continu, comme s'il était poussé par une action contractile considérable qui le contraindrait à sortir de l'organe.

En somme, en décongestionnant le rein directement, le célèbre chirurgien de Londres combat la tension rénale exagérée, l'organe diminué de volume ne subit plus la compression exercée par sa capsule inextensible fibreuse; les pesanteurs profondes et continues dans la fosse rénale sont ainsi évitées; de plus, le cœur est heureusement influencé.

Dans le même ordre d'idées, le professeur Israël (de Berlin) n'hésite pas à affirmer que bon nombre de néphralgies, hématuriques ou non, doivent être rapportées à un processus de néphrite et dépendent de congestions intra-rénales, qui amènent une tension plus ou moins forte du parenchyme bridé par la capsule. En somme, Israël considère les douleurs comme la suite naturelle de la congestion rénale qui, parfois, n'est que transitoire.

D'un autre côté, Le Dentu, Rovsing, Folet ont plutôt tendance à attribuer les douleurs à la compression de l'organe malade par sa capsule sclérosée. Rovsing, dans son travail paru dans l'*Hopitalstidende* de janvier 1902, donne le résultat d'une intervention dans une néphrite chronique; ayant décidé l'opération, après l'échec d'un traitement médical essayé pendant plusieurs mois, il pense que la plupart des cas étiquetés néphralgies ou néphralgies hématuriques rentrent dans la variété des périnéphrites fibreuses, la souffrance se manifestant par accès au niveau des reins. L'urine peut renfermer des cristaux d'acide urique et des urates et des oxalates de chaux; en traitant ces cas par des eaux minérales et les alcalins, les cristaux peuvent disparaître, alors que les accès douloureux persistent. Généralement on pense qu'il y a calcul, on décide l'opération, mais on

trouve un rein emprisonné dans une capsule adipeuse plus ou moins fibreuse et dont la capsule propre est si intimement liée au tissu voisin qu'on ne peut plus l'en séparer que par la méthode sous-capsulaire.

Rovsing estime que cette périnéphrite serait due à des propriétés irritantes et sclérosantes de l'acide urique; dans de pareils cas, dit-il, l'opération est indiquée, même quand elle n'a pas pour but d'enlever des calculs, car quatre de ses malades ont été guéris de leurs accès douloureux. Dans tous les cas où il y a douleur, la membrane propre du rein est comprimée ou dilatée par des adhérences conjonctives, inflammatoires, péri-rénales, adhérences qui, à chaque instant, tiraillent la capsule propre et étouffent plus ou moins le tissu sous-jacent.

Selon l'auteur, les douleurs dans les néphrites ne surviennent que lorsque la capsule propre est atteinte; cela tiendrait à ce que le parenchyme serait, d'après lui, dépourvu de nerfs sensitifs, tandis que la capsule propre est, au contraire, innervée par les nerfs lombaires et dorsaux; la douleur rénale, dans ces cas, serait en réalité une douleur lombaire, différente de la soi-disant colique rénale.

Cette douleur peut aussi résulter, dans les cas fréquents où la capsule adipeuse enflammée a contracté des adhérences intimes avec le rein et les organes limitant la loge lombaire, de tiraillements exercés sur le rein par les mouvements du corps.

Le Dentu et Folet appliquent à la douleur la même cause que Rovsing; Folet, pour sa part, met en vedette le rôle sclérogène de la capsule propre en désignant sous le nom de pachycapsulite ce processus inflammatoire.

Telles sont les principales théories qu'a soulevées la question de la douleur dans les néphrites médicales; nous pensons en résumé, avec Pousson, que la théorie éclectique est celle qui offre les plus grandes chances de vérité et qu'il faut faire intervenir la congestion rénale opposée à l'inertie passive de la capsule épaissie et indurée.

De même qu'Harrisson, Pousson pense que l'incision rénale restaure la fonction urinaire, en faisant cesser la tension intra-

rénale; d'après lui, l'enveloppe fibreuse du rein joue un rôle plutôt passif et le parenchyme rénal lui-même est l'agent actif de son étranglement, au moment des poussées congestives auxquelles il est exposé du fait de son inflammation chronique. Il arrive en effet que, dans cet organe, où les lésions vasculaires peuvent être sinon très importantes du moins toujours suffisantes, la moindre poussée congestive amène un trouble considérable et embarrasse une circulation qui s'effectuait à peu près normalement en temps ordinaire. C'est alors que le rein, à la suite de cette poussée congestive, augmente de volume, vient se heurter à la capsule qui le maintient solidement, d'où une compression sur les éléments nobles du rein, pouvant expliquer les troubles urinaires, et sur tous les éléments nerveux de l'organe, ce qui engendre la néphralgie.

Cette explication par la congestion rénale primitive est démontrée par ce fait bien remarqué sur les malades dont on possède les observations : sous les mêmes influences et parfois à des intervalles réguliers, des crises aiguës paroxystiques se produisent, coupant les douleurs sourdes et continues, mais en vérité souvent supportables chez ces malades.

Par une ingénieuse comparaison, Pousson assimile ce qui se passe dans les éléments du rein à ce qu'il advient du côté des membranes de l'œil dans le glaucome aigu, et du côté du testicule dans certaines affections.

Tout ce qui précède est confirmé par les constatations faites du vivant même des malades, au cours des opérations. Il est dit en effet, dans plusieurs des observations, que le rein extrait de sa loge apparaît dur, tendu, congestionné, bleuâtre et rougeâtre, et qu'à l'incision de la capsule, le tissu a tendance à faire hernie par ses lèvres baillantes.

C'est là la preuve palpable, visible, justifiant la théorie qui vient d'être exposée pour expliquer les néphralgies par les différents volumes que font subir au rein les poussées congestives de cet organe.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

On verra par la suite de ce travail que, dans la manifestation de la maladie (du mal de Bright, si on admet avec Dieulafoy que toute néphrite chronique est un mal de Bright, ou que mal de Bright et néphrite chronique sont synonymes), le symptôme douleur peut, chez certains malades, prendre une place prépondérante et même quelquefois la première.

On a longuement discuté la question de savoir à quelle variété de néphrite il fallait réserver la dénomination de mal de Bright. On a fait de la maladie du médecin anglais une maladie primitivement discrasique, avec altérations rénales secondaires, comme Bright lui-même l'a nettement formulé. Des hommes considérables sont entrés dans ces vues. Valentin et Graves ont alternativement admis puis abandonné cette théorie; défendue encore par Achard et Widal, elle fut ensuite reprise par Semmola.

Si on interprète ainsi le mal de Bright, il deviendra malaisé d'affirmer que les douleurs rénales ressenties par les malades dont nous avons recueilli les observations avaient pour cause des lésions de néphrite; car on ne retrouve pas toujours dans leur histoire les infections (scarlatine, diphtérie, oreillons, etc.) et les intoxications qui en sont la cause habituelle, pas plus que les œdèmes sous-cutanés et viscéraux, les épanchements séreux, les troubles respiratoires, cardiaques et digestifs.

Et toutefois si, parmi les observations recueillies, il y a quatre cas reconnus de mal de Bright (ce sont ceux de Péan, de Le Dentu, de Bloch, de Patel et Cavaillon), il faut penser que dans les quinze autres observations nous avons affaire à une néphrite

qui n'est pas une maladie *totius substantiæ*, localisée aux deux reins et comprenant même l'organe en entier.

La lésion, en effet, est cantonnée dans le rein et ne se diffuse pas dans les autres organes ou tissus de l'économie, elle n'attaque même en général qu'un seul rein, et toute la substance de l'organe peut n'être pas compromise.

Ceci bien établi, est il possible cliniquement de reconnaître l'existence d'une néphrite chronique douloureuse? En analysant les divers symptômes qui nous sont présentés par les malades, nous pourrions voir combien sont grandes les difficultés que présente la reconnaissance d'une de ces néphrites. D'autant plus que ce sont précisément les caractères d'un des principaux signes de la maladie, la douleur, qui sont les plus propres à égarer le diagnostic.

Nous allons donc étudier successivement les caractères de la douleur, les particularités de réaction présentées par les urines examinées et enfin l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique dans le cas où l'examen histologique du parenchyme rénal a pu être fait.

La douleur, dans les néphrites chroniques que nous étudions, constitue le principal sinon le seul signe essentiel de la maladie. Elle a son siège dans la région lombaire, dans l'hiatus costo-vertébral, dans le flanc. Ses caractères d'intermittence ou de continuité varient avec les patients. Elle est augmentée autant par la marche que par les efforts qui mettent en jeu les muscles abdominaux, comme l'escrime, l'action de ramer, les étirements, les flexions latérales du tronc. La douleur vive et continue ou sourde et poignante, avec exacerbation au moindre mouvement, rend chez certains malades la marche impossible; ceux-ci gardent alors le lit et n'osent quitter leur chaise longue, car la marche réveille leurs souffrances. Pour certains patients chez qui cette douleur est permanente, elle rend tout travail impossible et les met dans l'obligation d'observer le repos absolu et de garder la position horizontale.

Chez d'autres malades elle est discontinue, son intermittence peut durer de plusieurs heures à plusieurs jours, et elle se pré-

sente souvent avec des exacerbations diurnes et quelquefois nocturnes. Moriss et Jacobson ont noté dans quelques cas des exacerbations nocturnes, qui s'expliqueraient, suivant Moriss, par le passage de gaz dans le colon, ou, suivant Jacobson, par la concentration plus grande de l'urine. Il semblerait plutôt que ce soit sous l'influence d'une poussée congestive de la glande rénale, ainsi que nous l'avons exposé dans un chapitre précédent, que se produit cette exacerbation nocturne de la douleur.

La localisation ne se produit pas exclusivement dans la région lombaire ou dans le flanc; les irradiations en sont au contraire nombreuses et variées, et c'est généralement avec ce type qu'elles se présentent chez les malades dont nous rapportons les observations. Elle peut partir du rein pour s'irradier vers la ligne médiane, ou vers la vessie en suivant le trajet de l'uretère, vers la région inguinale et le scrotum correspondant, l'aîne et la racine de la cuisse. Quelquefois même toute la région lombaire et abdominale du côté de la néphrite, allant des côtes à l'os iliaque et au pubis, est douloureuse et ne permet pas de localiser exactement le lieu de la lésion.

On voit par la description de cette douleur, surtout avec irradiations, qu'elle se rapproche de celle de la colique néphrétique et qu'elle présente des rapports très étroits avec elle.

Mais nous n'avons encore parlé que de la douleur spontanée. La douleur peut être provoquée aussi, soit par les mouvements d'extension ou de flexion du tronc, soit par la marche ou la simple station debout ou assise, soit enfin par la percussion et la pression. En effet, la pression opérée en arrière, dans le sinus costo-lombaire, la rend plus sensible; il en est de même de la pression profonde en avant dans la région de l'hypochondre; enfin souvent la percussion elle-même provoque une douleur très nette chez certains malades.

En somme, nous avons affaire à une douleur siégeant dans la région lombaire, continue ou intermittente, quelquefois très vive, quelquefois sourde et poignante, présentant diverses irradiations.

Le Dentu avait déjà noté, dans les néphrites totales ou par-

tielles, des douleurs assez vives, assez tenaces, qui offrent, avec les caractères des douleurs de la lithiase à grosses concrétions, une ressemblance assez accusée pour que le diagnostic soit impossible « sous l'exploration directe par la main, les yeux, l'aiguille et le bistouri ». Il ajoutait même qu'un diagnostic précis ne doit pas être tenté, argument qu'il y aura lieu de réfuter après l'exposé que nous faisons ici de la question.

En effet, ces douleurs à type néphrétique font considérer les malades comme des calculeux; cependant, en faisant préciser leurs caractères, on pourrait peut-être les différencier des douleurs causées par la migration d'un calcul : les douleurs de la néphrite sont plus rénales qu'urétrales, elles sont en général moins vives, les sujets précisent beaucoup moins facilement leur irradiations; c'est plutôt une sensation de tiraillement et de pesanteur, les crises, en outre, sont moins violentes, plus rapprochées; dans leur intervalle persiste toujours une pesanteur lombaire, enfin le repos les calme rapidement.

Mais il nous reste encore un moyen d'investigation, en dehors de l'examen histologique, et dont il faut tenir grand compte; nous voulons parler de l'examen des urines et des moyens de diagnostic qu'apporte leur analyse.

Chez tous les malades dont les urines ont été soumises à l'analyse, on trouve des altérations, soit au point de vue sécrétion, soit au point de vue qualificatif, mais aucune des altérations relevées au cours de l'examen de ces urines n'est vraiment caractéristique de la néphrite.

Au point de vue quantitatif, la valeur de l'examen va de l'anurie presque absolue dans l'observation de Grunvel jusqu'à 1.400 et 1.500 cc. dans des observations de celui-ci et de Pousson, en passant par toutes les quantités intermédiaires.

Au point de vue qualitatif, l'urée et les substances salines conservent leurs taux physiologiques chez la plupart des patients; cependant, Le Dentu, dans une de ses observations, mentionne une diminution de l'urée qui n'est que de 10 grammes par litre, et Pousson, dans une autre, constate un rapport de 7 grammes d'urée par litre avec diminution aussi des chlorures, qui est de 4 gr. 60 par litre.

Patel et Cavaillon aussi accusent 8 gr. 50 d'urée par litre seulement; dans les autres observations, la moyenne oscille généralement autour de la normale.

Parmi les altérations des urines analysées, nous en voyons une qui est presque constante, celle due à la présence de l'albumine que révèlent la plupart des observations. Elle est en quantité très faible, il est vrai, le plus souvent. Cependant, Péan cite 1 gr. 29, et, dans l'observation de Patel et Cavaillon, la quantité d'albumine était notable. Seuls Perez et Bloch ne mentionnent pas la présence de cet élément pathologique dans leurs analyses d'urine.

En ce qui concerne les autres éléments des urines, les éléments histologiques notamment, Israël, après plusieurs examens consécutifs, finit par trouver des cylindres granuleux et hyalins composés en partie par de l'acide urique, en partie par des globules rouges, et, à côté des cylindres, beaucoup de globules rouges, vieux, altérés, à l'aspect chagriné et crénelé sur les bords; le nombre de ces cylindres était relativement élevé en comparaison des traces d'albumine. Røvsing, lui, constate, dans les urines de son malade, du sang, des leucocytes, des hématies, des cylindres épithéliaux, des staphylocoques, enfin des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens. Les autres observations sont muettes à l'égard de cet examen histologique et Pousson, chez ses trois malades, fit de minutieuses recherches qui sont restées négatives.

Comme on le voit, la douleur et l'examen des urines (au point de vue qualitatif et quantitatif) donnent des renseignements très peu précis pouvant servir de base consistante au diagnostic. Actuellement, les procédés d'investigation employés : épreuve du bleu de méthylène, élimination de l'iodure de potassium, cryoscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères et la séparation des urines des deux reins permettent d'éliminer facilement les maladies qui présentent comme symptôme important la douleur, pour ne laisser en présence que la néphrite douloureuse et la lithiase.

L'examen microscopique des urines, qui a le grand mérite de

circonscrire nettement le diagnostic entre la néphrite et la lithiase, n'a encore qu'une valeur relative.

En effet, les néphrites douloureuses reconnaissent exceptionnellement, comme nous l'avons déjà fait remarquer, les mêmes facteurs étiologiques que le mal de Bright. La lithiase patente ou larvée, avec les affections des organes du petit bassin en sont le plus souvent la cause. Donc la présence, dans les sédiments urinaires, de cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux, d'une part, de leucocytes et d'hématies, d'autre part (ces derniers étant le résultat du passage de ces éléments dans le tissu enflammé du rein), donne une certaine précision au diagnostic.

Il faudra donc rechercher chez les malades s'ils sont exempts de tous antécédents lithiasiques ou s'ils ne présentent pas dans leurs urines des cristaux, des hématies ou des leucocytes. S'ils ne présentent aucun accident de ce côté, il faudra leur demander encore s'ils n'ont pas eu d'affections antérieures dans le petit bassin, affections qui auraient pu retentir sur le rein par l'intermédiaire de l'uretère.

« C'est après cet examen approfondi qu'on arrivera à une
» appréciation suffisamment exacte des causes de la douleur,
» pour justifier une intervention qui, dans l'un ou l'autre cas
» (lithiase ou néphrite douloureuse), est susceptible d'amener la
» guérison ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le diagnostic de néphrite chronique a été confirmé dans dix-neuf observations : huit fois par l'examen macroscopique seul (trois cas du professeur Le Dentu, un cas de Mac Tiffany, un cas d'Israël, un cas de Patel et Cavaillon, un cas de Rovsing) et sept fois par l'examen histologique (un cas de Péan, deux cas de Bloch, quatre cas de Pousson). Une seule fois, se basant sur la considération des symptômes cliniques, le professeur Le Dentu diagnostiqua une néphrite.

Si l'étiologie et la symptomatologie des néphrites chroniques douloureuses diffèrent de celles qui sont habituelles au mal de Bright, tel que l'entend Dieulafoy, nous allons constater que les altérations anatomiques sont aussi quelque peu différentes.

Le fait qui nous frappe tout d'abord, après l'incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des loges musculaires, c'est un processus sclérogène de la capsule graisseuse périnéphrétique qui ne présente plus sa coloration jaunâtre ni sa consistance diffluente habituelle. De consistance assez ferme, elle ne fuit pas sous la main du chirurgien qui veut la saisir; elle est reliée aux organes voisins par des adhérences, des tractus fibreux qui la parcourent en tous sens, pour venir s'insérer sur la capsule propre et sur le rein lui-même. La couleur de cette masse est grisâtre; elle paraît épaissie, indurée, constituée par du tissu fibreux, adulte, à peine infiltré de quelques éléments cellulaires. Ce tissu présente un processus à double caractère : la sclérose par transformation fibreuse du tissu conjonctif et une légère lipomatose, qui se combinent suivant les cas dans des proportions variables.

C'est cette périnéphrite, assez marquée dans deux observations, qui donnait au rein une apparence aussi volumineuse à la palpation et faisait qu'on le sentait dans l'hypochondre, tandis qu'à l'examen de la pièce, on constatait que le parenchyme rénal n'entrait que pour une faible part dans cette masse de graisse et de tissu fibreux.

Lorsqu'après avoir incisé la capsule graisseuse, on tombe sur la capsule fibreuse, on constate que cette enveloppe inextensible ou à peu près est souvent irrégulière, épousant d'une façon intime, lorsqu'il s'en présente, les bosselures et les méplats du rein sous-jacent. Elle apparaît épaissie (quatre à cinq millimètres chez la malade de Folet), fortement sclérosée par place, déprimée en certains autres points, adhérant fortement au parenchyme de la glande par le sommet de ces infundibulum; dans d'autres cas, elle présente des cordons épaissis qui dessinent un élégant treillis. Suivant les pièces observées, on remarque aussi des stries, des plaques laiteuses, des bandes blanchâtres d'aspect cicatriciel qui enserrrent fortement le rein. Chez le malade de Péan, il y avait une série de sillons d'un ou deux millimètres de profondeur. Tout ce processus scléreux de la capsule ainsi altérée fait qu'elle adhère plus ou moins intimement au tissu de la glande, à ce point quelquefois que la décoration en est rendue très difficile et que, comme dans le cas relaté par Patel et Cavailhon, Jaboulay dut prendre les précautions les plus grandes pour ne pas produire d'arrachement du parenchyme du rein, d'une consistance plus faible.

L'examen de la glande elle-même, au point de vue anatomo-pathologique, nous la montre enserrée dans sa capsule; quelquefois, elle a tendance à faire hernie à travers les lèvres de celle-ci, après incision, tant et si bien qu'on est amené à supposer que c'est bien à une hypertension vasculaire qu'est dû ce phénomène. En général, l'organe est rougeâtre, quelquefois noirâtre, divisé en lobes ou en stries par les tractus fibreux venant de ses enveloppes graisseuses et fibreuses, plus ou moins gros, plus ou moins atteint par les phénomènes morbides dont nous constaterons les effets dans l'examen histologique

microscopique. Cet examen, qui n'a été fait que sept fois sur dix-neuf observations recueillies dans la littérature, nous montre que nous avons affaire nettement à des processus de néphrite. Nous donnons *in extenso* le compte rendu de l'examen pratiqué par le professeur Cornil dans le cas du malade de Péan.

« Sur les coupes, les canalicules contournés sont de volume généralement normal, cependant quelques-uns sont un peu dilatés. Ces derniers, qui sont disposés par petits îlots, contiennent dans leur lumière quelques cellules granuleuses sans noyaux et des boules hyalines. Dans les tubes non dilatés, il existe aussi très souvent des boules hyalines avec des fragments granuleux. Les cellules sécrétoires de ces canalicules contournés ne contiennent que rarement des granulations graisseuses fines. Le tissu conjonctif, qui sépare les tubuli, n'est pas épaissi, cependant j'ai trouvé sur plusieurs coupes trois ou quatre îlots où il y avait des amas de cellules rondes; les parois hyalines des tubes urinifères sont normales.

» Parmi les glomérules, j'en ai vu un assez grand nombre dans la partie de la substance corticale la plus rapprochée de la surface du rein, qui présentaient un épaississement de la capsule de Bowmann et un degré plus ou moins avancé de glomérulite. Les uns offraient, entre la capsule de Bowmann et le bouquet glomérulaire, des cellules rondes qui ne sont autres que des globules blancs et des cellules polyédriques. Les lésions plus avancées du glomérule s'accusent, rarement il est vrai, par une transformation fibreuse du bouquet glomérulaire et par une atrophie de tout le glomérule; la capsule est très épaissie, et dans certains de ces glomérules la circulation sanguine ne peut plus se faire. Toutes les lésions qui précèdent sont parfaitement nettes et caractérisent une néphrite albumineuse; cependant la surface du rein, sous la capsule, n'est ni granuleuse ni chagrinée, le rein ne paraît pas atrophié, et il ne revêt pas non plus la couleur gris opaque qu'on observe souvent dans le mal de Bright, les artérioles ne sont pas sclérosées, la substance tubuleuse des pyramides de Malpighi est à peu près normale et elle ne contient pas de cylindres hyalins.

» Il y a donc là de la glomérulo-néphrite et un état d'altération des tubes urinifères, comme dans la néphrite albumineuse peu avancée ».

Il est fâcheux que l'examen histologique microscopique n'ait été fait que sept fois sur les dix-neuf observations réunies dans ce travail. Seuls Bloch, Pousson, Péan ont complété leurs observations par cet examen, qui prouve très nettement qu'on avait affaire en ces cas à un processus de néphrite. Le compte rendu de l'examen des reins se trouve contenu dans les observations qui ont été reproduites *in extenso*. Dans les cas relatés par Le Dentu (quatre fois) où l'examen n'a pas été fait, l'avis personnel de l'auteur est qu'on a affaire à une néphrite interstitielle, à une néphrite sympathique, à un rein transformé par un processus inflammatoire, à une néphrite localisée. Israël, de même, conclut fermement à un processus néphrétique, Rovsing à une néphrite partielle, Patel et Cavaillon à une néphrite latérale, dans les cas qui nous intéressent.

Folet et Pérez nous parlent l'un d'une pachycapsulite avec inflammation du parenchyme rénal, l'autre d'un volumineux lipome capsulaire. Enfin pour les observations de Grunwell et d'Edebohls, nous n'avons aucun renseignement au point de vue anatomique.

On voit donc que sur dix-neuf malades observés, il s'en trouve sept dont l'examen du rein est concluant, huit où la conviction intime des auteurs et l'examen macroscopique font penser à de la néphrite, deux qui relatent une inflammation périrénale, et deux seulement pour lesquels les renseignements font défaut.

On peut donc compter quinze cas sur dix-neuf dans lesquels le processus néphrite peut être envisagé et où l'intervention chirurgicale eût été motivée par ce seul motif.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

G. PÉREZ, *Il Poliniclo*, n. 1 et 3, 1904.

Femme, 22 ans, réglée depuis l'âge de douze ans et ayant toujours souffert surtout dans le flanc gauche à chacune de ses époques. Il y a quatre ans, à la suite d'un arrêt temporaire des règles, crises extrêmement douloureuses dans le flanc gauche avec irradiations à l'épigastre, au nerf sciatique et à la colonne vertébrale.

D'abord survenant tous les deux ou trois mois, ces crises deviennent ensuite de plus en plus fréquentes, le ventre augmente notablement; à certains moments, émission d'une grande quantité d'urines, coïncidant avec la diminution de la tuméfaction abdominale.

Ni albumine ni sucre dans l'urine. L'urée oscille entre 19,56 et 20 p. 100.

Diagnostic : hydronéphrose calculeuse.

Néphrectomie : pas de calcul, mais volumineux lipome capsulaire qui est enlevé.

Guérison définitive.

OBSERVATION II

GRUNWELL, *Medical record*. New-York, 26 mars 1904.

Maître d'armes de la marine, très robuste. Se plaint de douleurs violentes dans la région du rein gauche; d'abord intermittentes et devenues constantes, avec des paroxysmes, ces crises revêtent la physionomie de la colique néphrétique avec vomissements et oligurie. A son entrée, légère altération de l'état général : vomissements,

diarrhée, contractions nerveuses spasmodiques, douleurs de tête intenses, vertiges, œdème des paupières. Pas d'hypertrophie du cœur. Etat grave.

Urines. — Volume quotidien très variable, depuis un maximum de 1055 cc., jusqu'à une anurie presque absolue, traces à peine visibles d'albumine, pas de sang.

Les rayons Röntgen n'ayant rien donné à cause de l'épaisseur des parois abdominales, le diagnostic de calcul du rein demeure incertain.

Néphrotomie sous chloroforme. Rein très augmenté de volume, consistance plus grande que normalement, très congestionné. A l'incision, il saigne très abondamment, ni pus, ni calcul dans le bassin.

Schock obligeant à interrompre l'opération et à bourrer la plaie avec une mèche de gaze.

Le lendemain, néphrocapsectomie du même rein sans anesthésie.

Suites. — Cessation rapide des douleurs, des vomissements et des autres symptômes.

Les urines renfermèrent du sang pendant quelques jours, mais après une semaine elles redevinrent normales en quantité et en qualité.

Deux mois et demi après l'opération, le malade n'éprouvait plus aucun des symptômes de la maladie antérieure.

OBSERVATION III

EDEBOHLS.

Femme, 44 ans, célibataire.

Evolution de l'affection : Scarlatine à deux ans, méningite spinale à six ans, douleurs dorsales et lombaires depuis trente ans. Il y a quatre ans, crises de douleurs violentes dans la région lombaire et l'aîne gauche, qui durent plusieurs mois, et se sont reproduites plusieurs fois depuis, s'accompagnant de douleurs épigastriques, de nausées et parfois de vomissements et de troubles vésicaux, l'examen aux rayons X révèle l'existence de trois calculs dans l'uretère gauche.

Etat avant l'opération : Cœur et poumons normaux, légère tendance à l'artério-sclérose ; l'examen sous éther montre que l'uretère gauche est uniformément augmenté de volume, mais on ne peut percevoir les calculs. La radioscopie montre l'existence des calculs déjà décelés aux mêmes points.

Rein droit mobile descendu de huit centimètres, rein gauche non perceptible.

Urines. — Quantité ? Densité, 1020. Urée, 3 gr. 2 p. 100. Albumine, 0,5 p. 100. Nombreux cylindres hyalins et granuleux.

Décapsulation bilatérale. Fixation du rein droit. — Exploration du rein gauche et de la partie supérieure de l'uretère, négative au point de vue des calculs.

Seconde opération, quinze jours après. Exploration de l'uretère gauche dans toute sa longueur, on ne trouve ni calculs, ni rétrécissements, mais un épaissement des parois de l'uretère qui adhère aux tissus voisins.

Suites. — Cessation des douleurs et amélioration de la santé générale pendant six mois ; à ce moment, l'examen radioscopique donne les mêmes images de calculs qu'avant l'opération, en même temps la malade est prise des mêmes crises douloureuses qu'auparavant et, un an après, ces attaques persistent, les signes d'urémie sont très prononcés.

Urines. — Examen un an après l'opération. Quantité, 1600 cc., densité, 1015 ; résidu solide, 55 gr. 89 ; urée, 6 gr. 4 en 24 heures, très rares cylindres hyalins.

OBSERVATION IV

LE DENTU, *Affections chirurgicales des reins, uretère, etc.*, Paris, 1889.

F..., 40 ans, ayant eu à diverses reprises de violentes coliques néphrétiques à gauche et dont la première s'était accompagnée d'anurie pendant trois heures. Rein gauche volumineux et abaissé, très douloureux à l'exploration. Bien qu'il n'y ait jamais eu d'émission de graviers ou de sables, on porte le diagnostic de lithiase rénale.

Opération. — Le rein mis à nu présente à sa surface plusieurs

kystes conglomérés. L'acupuncture ne fait pas percevoir de calculs. En raison de son altération profonde, l'organe est enlevé.

Ce rein avait une longueur anormale, 16 centimètres, il était creusé de plusieurs cavités kystiques et son parenchyme offrait tous les caractères de la néphrite interstitielle, mais l'examen histologique n'a pas été fait.

Suites. — La malade succomba à l'anurie après 36 heures; par suites de lésions semblables quoique moins prononcées de l'autre rein. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION V

LE DENTU, *Affections chirurgicales des reins, des uretères, etc.*, Paris, 1889.

H..., 39 ans, ayant subi la néphrectomie gauche pour un calcul rénal, non suppuré, commence au bout de six mois à souffrir de crises violentes dans la région lombaire droite, revêtant par leurs irradiations vers l'aîne, le testicule et la cuisse la forme de la colique néphrétique. Ces crises se produisent surtout le soir et la nuit. Après la crise, il persiste dans la profondeur des lombes et le long de l'uretère, une sensibilité très vive accrue par la pression.

Les urines très diminuées, 300 à 600 grammes par 24 heures, ne contiennent que 10 grammes d'urée par litre; traces d'albumine.

Opération. — Le rein est augmenté de volume, mais ne paraît pas altéré macroscopiquement, sa palpation ne révèle pas la présence de calculs, pas plus que l'acupuncture; la capsule est incisée au galvanocautère dans la longueur du bord convexe et le parenchyme est fendu au bistouri à une profondeur de trois à quatre millimètres.

Suites. — La quantité des urines se releva de 1.200 à 1.300 grammes, et les douleurs se calmèrent pendant quelques mois, puis elle réapparurent jusqu'à la mort, qui survint deux ans après.

Il n'a pas été prélevé de fragments du rein pour l'examen histologique. M. Le Dentu émet l'idée que les souffrances reconnaissent pour cause de la néphrite sympathique.

OBSERVATION VI

LE DENTU, *Association française de chirurgie*, XII^e Congrès, 1898, p. 56.

H..., présente tous les signes d'un calcul du rein droit avec une netteté frappante.

Opération. — Exploration approfondie du rein et néphrotomie superficielle. Il existe une périnéphrite adhésive, et le rein est volumineux, brun-violet, manifestement altéré, certainement transformé par l'inflammation.

Suites. — Les douleurs continuèrent et le malade mourut après plusieurs mois en proie à des souffrances intolérables.

OBSERVATION VII

LE DENTU, *loc. cit.*

H..., 30 ans, souffrant du rein gauche depuis dix-huit ans et ayant eu des crises de gravelle, pendant deux ans, qui, après avoir cessé pendant neuf ans, ont réapparu pendant six ans. Il y avait huit mois environ que le malade n'avait pas eu de crises de gravelle, lorsqu'il vint consulter pour des douleurs n'ayant pas cessé de le torturer depuis la dernière crise. Continues et toujours intenses, elles affectaient par moments la forme paroxystique, mais sans émission de graviers ni de sables. La palpation déterminait une douleur très vive en arrière, au-dessous de la 12^e côte et en avant dans la profondeur de l'hypochondre. Enfin, à la radiographie, on crut voir une opacité dans le rein.

On porta le diagnostic de calcul rénal, mais en faisant quelques réserves.

Opération. — Le rein mis à nu n'était pas entouré de périnéphrite adhésive; il était plus long que normalement et son extrémité inférieure était légèrement bosselée et d'un rouge un peu violacé. L'acupuncture exploratrice n'ayant rien révélé, le rein fut fendu jusqu'au bassin et chacune de ses tranches fut minutieusement explorée à la piqure sans résultat. La partie du rein fendu correspondant aux

bosselures de la surface avait une coloration gris bleuâtre tranchant sur le reste et occupant un territoire circulaire de près du tiers du parenchyme.

Bien que l'examen histologique d'un fragment du rein n'ait pas été pratiqué, la conviction de M. Le Dentu est qu'il s'agit d'une néphrite localisée ayant sans doute pour cause la lithiase dont le malade a souffert pendant plusieurs années.

Suites. — Malgré la suppuration de la plaie, le malade guérit sans fistule et les douleurs disparurent complètement et ne s'étaient pas reproduites quatre mois après.

OBSERVATION VIII

BLOCH, *Revue de chirurgie*, 1898.

Résection du tissu rénal au point de vue diagnostique.

F..., 33 ans, offre, depuis un an et demi, des symptômes ressemblant à la colique néphrétique, mais en même temps d'autres symptômes divers : difficultés menstruelles, désordres gastriques, maux de tête, palpitation de cœur, dyspnée, quintes de toux, sueurs nocturnes, amaigrissement. Rein droit un peu gros et endolori. Rien dans les urines, malgré les analyses répétées.

Pas de diagnostic.

Opération. — Rein est extrait difficilement, bien qu'il n'y ait pas d'adhérences. Il est gros et plus long que normalement. La capsule offre de petites ecchymoses et ça et là des bosselures d'aspect bleuâtre et transparent. A la palpation et à l'acupuncture, on ne trouve pas de calculs. Le parenchyme, incisé dans une profondeur d'un demi à deux centimètres, est d'un rouge gris et un peu opaque. On résèque un morceau de la substance corticale. La plaie est refermée au catgut.

Suites. — Guérison rapide. Disparition totale des douleurs. La malade, revue cinq ans après, se portait très bien.

Examen. — L'examen du fragment prélevé montra l'existence d'une néphrite légère avec microbes en certains points; dans d'autres, on trouva quelques cylindres dans les tubes urinifères.

OBSERVATION IX

BLOCH.

F..., 35 ans, a depuis huit ans des douleurs dans la région rénale, survenant par crises au début de tous les mois, maintenant deux fois par semaine, et qui l'empêchent de travailler. Elle a subi l'opération d'Emmet, il y a trois ans, et porte depuis un pessaire à cause d'une rétroflexion utérine. Pas de tumeur rénale.

Urines normales avec seulement quelques cellules pavimenteuses épithéliales. Pas de diagnostic.

Opération. — Le rein est difficile à extraire, parce qu'il adhère à l'enveloppe cellulo-graisseuse. Il est allongé, bleuâtre, en un seul point très foncé.

Ne trouvant rien par la palpation et la ponction, on fend l'enveloppe fibreuse, puis le parenchyme jusqu'au bassinnet, qui ne renferme ni liquide, ni calcul. On excise un morceau de parenchyme.

Suites. — Guérison rapide. La malade ne souffre pas du côté opéré, mais ressent quelques douleurs dans l'extrémité inférieure du rein opposé; un an après elle continue à aller très bien et à vaquer à ses affaires.

L'examen du fragment excisé, fait « par un anatomo-pathologiste distingué », dit l'observation, montre des lésions de néphrite parenchymateuse interstitielle.

OBSERVATION X

POUSSON.

R..., 32 ans, horloger, sans antécédents lithiasiques, n'a jamais eu aucune maladie grave. Depuis trois ou quatre ans, il souffre du rein gauche. Ces douleurs, survenant d'abord par crises espacées de plusieurs mois, avaient par leurs irradiations tous les caractères de la colique néphrétique, mais elles n'en ont jamais eu l'intensité. Jamais elles n'ont été suivies de l'expulsion de graviers, toutefois le malade dit que dans son vase, à diverses reprises dans l'intervalle des crises, il a constaté la présence de sables. Depuis un an, les crises sont

beaucoup plus rares, mais elles ont fait place à un état douloureux habituel de la région lombaire gauche. C'est une sensation d'endolorissement profond, qui s'atténue, mais ne cesse pas complètement, par le repos et dans le decubitus dorsal et qui s'accroît pour revêtir les caractères d'une vive douleur dans certains mouvements du tronc, et à la suite de la marche. Les urines sont claires, limpides et n'ont jamais contenu de sang.

A son entrée à l'hôpital, le 18 février 1905, R... a l'aspect de la meilleure santé, il se plaint uniquement du côté gauche. L'examen de l'appareil génital est négatif. La pression en avant sur l'uretère droit à travers la paroi abdominale et en arrière sur le rein correspondant en dehors de la masse sacro-lombaire ne provoque aucune douleur, le rein de ce côté n'est pas perceptible; la pression sur l'uretère gauche n'est pas non plus douloureuse, mais celle qu'on exerce sur le rein de ce côté dans le sinus costo-lombaire détermine une vive douleur, qui augmente encore si on pratique l'exploration bimanuelle. Cette exploration ne permet pas de sentir le rein. En percutant la région rénale gauche, on provoque une douleur des plus nettes et cette exploration répétée à plusieurs reprises est constamment positive.

Pendant les quelques jours que le malade est soumis à l'observation, l'urine est claire, ayant tous ses caractères physiques normaux, sans dépôt, sauf un jour où elle contient des sables uriques en assez grande quantité; son volume des vingt-quatre heures oscille entre 1.300 et 1.600 cc.

L'analyse pratiquée le 21 février donne :

Volume des vingt-quatre heures. . . .	1.500 cc.
Densité.	1.016 cc.
Réaction.	hypoacide.
Couleur	jaune-rougeâtre.
Aspect.	louche.
Sédiment	assez abondant.
Urée. par litre	21 gr.
Acide phosphorique total.	2 gr. 50
Chlorure de sodium.	5 gr. 60
Albumine.	0 gr. 20
Acide urique	assez forte proportion.
Quelques hématies et leucocytes, absence de cylindres.	

Le diagnostic probable est calcul du rein gauche et la néphrotomie proposée est acceptée.

Opération. — Le 25 février, après chloroformisation, incision oblique, de la dernière côte à deux centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'atmosphère adipeuse du rein est peu développée, pas de périnéphrite. Le rein, facilement extrait, est plus volumineux que normalement, il est surtout plus épais à son pôle inférieur et tend ainsi à affecter une forme globuleuse. La consistance, pourtant plus ferme que normalement, est très résistante à ce même pôle inférieur où les tissus pressés entre les doigts donnent par leur dureté la sensation d'un calcul. Ces tissus incisés crient sous le bistouri et leur résistance est telle qu'il semble, à un moment donné, que la pointe se met en contact avec un gravier. Cependant le doigt introduit par l'incision ne trouve aucune concrétion. L'incision est alors agrandie et le rein fendu le long de son bord convexe du pôle supérieur au pôle inférieur, et l'exploration des calices et du bassinet ne fait pas davantage découvrir de calcul.

L'inspection des deux tranches rénales après hémostase, par compression de l'artère, montre que, tandis que les deux couches corticales et médullaires sont distinctes dans les deux tiers supérieurs et ont leur aspect physiologique, elles sont confondues dans le tiers inférieur, où le tissu, aussi bien au centre qu'à la périphérie, est uniformément pâle et grisâtre. La capsule propre, qui se détache assez facilement dans la partie supérieure de l'organe, adhère fortement au pôle inférieur et le parenchyme se déchire et saigne à la suite de son ablation. Une sonde de Pezzer ayant été placée dans le bassinet, les deux valves du rein sont suturées ensemble à l'aide de cinq points profonds au catgut n° 3 et de quatre points superficiels au catgut n° 2. L'organe est alors réintégré dans sa loge et, après avoir placé une compresse au-dessous de son pôle inférieur de manière à le soutenir et à drainer la loge, on ferme la paroi lombaire par une suture à étages.

Suites. — Aucun incident ne se produisit à la suite de l'opération. Les urines rendues par l'urèthre, après avoir été assez fortement chargées de sang pendant deux jours, redevinrent exsangues dès le quatrième jour. Les urines émises par la sonde rénale subirent les

mêmes modifications. Leur écoulement par la sonde fut d'ailleurs peu abondant, la plus grande partie suivant le chemin de l'uretère.

La sonde fut supprimée le neuvième jour, la compresse avait été enlevée au quatrième jour et, à ce moment, la réunion par première intention était obtenue.

Le malade n'eut pendant vingt jours aucune élévation de température, mais à ce moment, le thermomètre s'éleva rapidement à 39,3 en même temps qu'une douleur se déclara dans la jambe gauche, traduisant le début d'une phlébite; cette complication, bientôt enrayée, n'eut aucune suite grave.

Pendant quelques jours après l'opération, le malade se plaignit de la région rénale, mais les douleurs lui semblèrent moins profondes et d'une autre nature; peu à peu elles s'atténuèrent et disparurent complètement vers la fin de la deuxième semaine. Depuis lors, le malade n'a plus souffert de son rein; j'ai eu l'occasion de le voir plusieurs fois et de m'assurer que non seulement le rein n'était pas douloureux spontanément, mais qu'il était également insensible à la percussion et à la palpation. Le malade a été vu pour la dernière fois à la fin de décembre.

Examen histologique des fragments du rein néphrotomisé. — Les cellules de la capsule de Bowmann sont en partie détruites ou tombées dans sa cavité, les glomérules sont un peu dilatés; dans les tubes contournés et la branche montante, il existe une tuméfaction trouble des épithéliums, les cellules sont abrasées et dans la lumière de ces tubes on voit des débris cellulaires et des cellules globuleuses sans caractères, à bâtonnets. La lumière des artères est remplie d'hématies avec quelques rares polynucléaires.

En résumé : Néphrite épithéliale et congestion vasculaire légère.

20 mars 1907 : Nous avons eu l'occasion de voir par nous-même le malade dont l'observation précède et nous avons constaté que son état général semble très bon, il ne souffre plus de douleurs ni spontanées ni provoquées, ses urines sont d'une limpidité parfaite.

OBSERVATION XI

POUSSON.

François O..., 32 ans, cultivateur, sans aucun antécédent morbide, familial ou personnel. Entre à l'hôpital le 3 janvier 1904 pour de vives douleurs lombaires droites, l'empêchant de travailler depuis le mois de juin dernier.

Ces douleurs, qui ont débuté brusquement et sans cause par une crise violente, consistent en une sensation habituelle d'endolorissement profond et diffus, qui s'exalte à la suite d'une fatigue, d'un exercice prolongé et quelquefois même d'un simple mouvement. Au moment des crises aiguës, les besoins d'uriner sont un peu plus fréquents, cependant les urines ne paraissent pas altérées, et elles n'ont jamais contenu de sang, mais le malade dit qu'il lui a semblé voir une fois du sable gris foncé dans le fond de son vase.

A son entrée dans les salles, le malade paraît jouir de la meilleure santé, toutefois il dit qu'il a légèrement maigri. Il se plaint de ne souffrir que de la région lombaire droite, mais accuse aussi quelques douleurs irradiées dans la région lombaire gauche. La paroi lombaire droite est à l'état de défense musculaire, aussi est-il difficile d'interroger la sensibilité du rein en déprimant cette paroi au niveau du sinus costo-lombaire ; on y parvient cependant en détournant l'attention du malade et on réveille alors une douleur très violente. La percussion de la région lombaire provoque également une douleur irradiant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. La pression en avant sur le bassin et sur le trajet de l'uretère est indolente. L'exploration par la palpation du rein et de l'uretère gauches est indolente et absolument négative.

La vessie est insensible à la pression sur l'hypogastre, de même qu'au contact des instruments introduits dans sa cavité. Sa capacité physiologique est conservée.

L'examen des urines globales donne :

Quantité d'urines émises dans les vingt-quatre heures. . . .	1.200 cc.
Densité à + 15°	1.025 »
Réaction	hyperacide.

Couleur	normale.
Sédiment	peu abondant.
Urée.	31 gr. p. litre.
Acide phosphorique total (en P ³ O ⁵)	2 gr. 45 »
Chlorure de sodium	15 gr. 80 »
Albumine.	traces.
Hématies, nombreux cristaux d'oxalate de chaux; pas de cylindres.	

La division des urines donne :

	Rein gauche.	Rein droit.
Urée.	Par litre. 26 gr.	24 gr. 70.
Chlorure de sodium.	» 14 gr. 62	18 gr. 90.
Albumine	» 0 gr. 50	0 gr. 10.
	Très rares cristaux d'oxalate de chaux.	Très nombreux petits cristaux d'oxalate de chaux.

On porte le diagnostic de calcul du rein droit et on propose la néphrotomie exploratrice.

Opération. — Le 6 janvier, après chloroformisation, la loge rénale est ouverte par une incision oblique. Pas de périnéphrite; le rein, rapidement séparé de son atmosphère adipeuse, est amené au dehors avec quelque difficulté, en raison de son volume. Il est fortement congestionné, de couleur noirâtre, lisse à sa surface, présentant, disséminées sur ses deux faces, des plaques laiteuses de sa capsule propre. Sa palpation attentive ne donne lieu à aucune sensation pouvant indiquer la présence d'un calcul dans son parenchyme; il en est de même de la palpation des calices et du bassinnet.

L'incision pratiquée sur le bord convexe, jusqu'au bassinnet, s'accompagne d'un abondant écoulement de sang qu'on arrête par la compression de l'artère rénale. Les deux tranches rénales sont foncées de couleur, mais on distingue bien les deux couches : corticale et médullaire. La palpation des deux valves ne fait pas découvrir de calculs dans leur épaisseur. Les calices et le bassinnet n'en contiennent pas non plus. La capsule propre ayant été réséquée et deux petits fragments prélevés sur chacune des tranches rénales pour l'examen histologique, on suture les deux valves à l'aide de cinq points de catgut profonds et d'un nombre égal de points superficiels intermédiaires. Le rein est alors réintégré dans sa loge, et après avoir

placé une compresse au-dessous de son pôle inférieur, comme drain, on ferme la plaie pariétale au catgut dans sa partie musculaire profonde et aux crins superficiellement.

Suites. — Elles furent des plus simples. La température ne dépassa pas 37,5, et la réunion par première intention se fit en quelques jours.

Les urines restèrent hématiques pendant près de trois semaines, mais, sauf les trois ou quatre premiers jours, il n'y eut pas d'hématurie proprement dite. Chose digne d'être notée, pendant huit jours, l'analyse révéla dans les urines de nombreux cristaux d'acide oxalique et d'acide urique et de plus quelques cylindres granuleux, puis tout cela disparut.

Dès le lendemain de l'opération, les douleurs lombaires cessèrent et n'ont pas reparu depuis. Au bout de quelques mois de repos chez lui, le malade a pu reprendre ses travaux de cultivateur. Les dernières nouvelles qu'il a données remontent à quatre mois. Son état continue à être satisfaisant.

Examen histologique des fragments du rein opéré. — Les glomérules sont dilatés et à cellules plates nombreuses. Les cellules de la capsule de Bowmann sont partiellement détachées. Les tubes contournés et les anses ont leurs cellules abrasées, à débris versés dans la lumière des tubes. Les vaisseaux sont congestionnés, à parois épaissies. Il existe de l'infiltration intertubulaire légère avec petits îlots de globules blancs.

En résumé, néphrite épithéliale et congestion.

OBSERVATION XII

POUSSON.

M. D..., 70 ans, ayant mené une vie de bureau depuis sa jeunesse, a toujours eu une hygiène défectueuse et souffre de crises gastralgiques depuis l'âge de 30 ans. A 46 ans, il dit avoir été atteint d'hémorragies intestinales qui ont cessé à la suite d'un traitement interne. Vers le milieu de l'année 1902, il a eu des crises de coliques néphrétiques, sans issue de sable ni de gravier.

A partir de cette époque, il a été pris de troubles nerveux intenses consistant en hyperexcitabilité, inaptitude au travail, douleurs erratiques dans les membres, sensation de fatigue générale, insomnie, cauchemars. Les divers traitements employés restèrent sans effet. Le malade, qui souffrait de partout à ce moment, ne se rappelle pas s'il souffrait plus dans la région rénale que dans les autres régions de l'abdomen.

En juillet 1903, il a été atteint de phlébite variqueuse de la jambe gauche qui l'a obligé à garder le lit pendant un mois.

Quelque temps après ce séjour à la chambre, il a rendu, à quelques jours d'intervalle, sans colique néphrétique et sans autre douleur que celles déterminées par leur passage dans l'urèthre, deux petits graviers uriques assez irréguliers à leur surface.

En septembre 1904, les crises de gastralgie qui n'ont jamais cessé de tourmenter le malade deviennent plus intenses. La douleur ne reste pas localisée à l'estomac, mais elle s'irradie à tout l'intestin et s'accompagne de hoquets persistants. L'ingestion de tout aliment, de tout liquide, y compris le lait, augmente les douleurs et provoque des vomissements. Le malade maigrit et perd ses forces. Pour le soutenir, on pratique des injections de lécithine. La troisième de ces injections faite à la fesse, détermine un phlegmon très étendu qu'on ouvre au thermo-cautère et dont la cicatrisation est très lente à se faire. Les frais de la suppuration augmentant la faiblesse du malade rendent les douleurs de l'estomac encore plus violentes et plus pénibles. Les souffrances que rien ne parvient à calmer se généralisent à tout l'abdomen, et, de temps en temps, le malade, à la suite de crises plus douloureuses, rend des fausses membranes et du sang dans ses selles.

Vers la fin de 1904, M. D..., tout en continuant à souffrir de gastralgie et d'entéralgie, commence à ressentir des douleurs localisées dans la région lombaire droite, s'irradiant vers la fosse iliaque et jusque dans l'aîne. Ces douleurs surviennent par crises, spontanément, sans provocations; elles ont une intensité excessive et affectent les caractères de la colique néphrétique la plus intolérable. Cependant, le malade n'observe rien de particulier du côté de ses urines au moment des crises : ni oligurie, ni hématurie, aucune alté-

ration microscopique ; les besoins sont seulement un peu plus fréquents.

Les douleurs lombaires semblant prendre le pas sur les douleurs abdominales, le professeur A. Moussous, médecin habituel du malade, me fait appeler en consultation le 9 février 1905.

Malgré le défaut d'alimentation et le manque de sommeil, M. D... n'est ni considérablement affaibli ni très amaigri. La nuit précédente, il a eu une crise de douleur lombo-abdominale de plusieurs heures, mais il est relativement calme au moment de mon examen.

La palpation du ventre est indolente et la paroi abdominale se laisse facilement déprimer dans tous ses points, sauf au niveau de l'hypochondre, du flanc et de la fosse iliaque à droite. Dans ces régions, ces muscles sont à l'état de défense et la pression à leur niveau est douloureuse. Les doigts placés en arrière, dans le sinus costo-lombaire, déterminent à la pression une douleur violente, qui augmente encore si on repousse avec l'autre main, placée à plat sur l'hypochondre, la paroi antérieure de l'abdomen. Le rein n'est pas perceptible à la palpation et le ballotement ne peut être recherché en raison de la rigidité de la paroi. La percussion au niveau du rein n'augmente pas les douleurs.

Prié de décrire le genre de douleurs qu'il éprouve, leur siège et leur direction, le malade dit qu'elles sont de deux sortes : les unes occupent tout le ventre et s'accompagnent de troubles de l'estomac et de l'intestin : hoquet, éructation, émission de gaz par l'anus ; les autres sont localisées dans le côté droit en arrière et s'irradient vers l'aîne et la racine de la cuisse. Tandis que les premières sont presque constantes mais relativement modérées, les secondes surviennent par crises à intervalles irréguliers, plutôt la nuit, et ont une acuité qui les rend intolérables. Ces dernières douleurs ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel de la miction, d'aucune altération apparente des urines. L'analyse des urines faite la veille de mon examen donne :

Quantité des vingt-quatre heures	1.400
Densité à + 15°.	1.009
Réaction.	moyennement acide.
Couleur	jaune pâle.

Urée.	7 gr. p. litre.
Acide urique	0 gr. 18 »
Chlorures (en Cl Na).	4 gr. 60 »
Phosphates (en P ² O ⁵)	0 gr. 70 »
Sulfates (en S O ³).	0 gr. 60 »
Indican.	normal.
Albumine	0 gr. 20 p. litre.

Le dépôt, extrêmement faible, renferme de très longs tractus de mucine, quelques cellules de l'uretère et de rares hématies, mais malgré une centrifugation très soignée, on n'a pu y déceler aucune trace d'oxalate de chaux ni d'acide urique.

En présence des phénomènes douloureux, si nets du côté du rein, je porte le diagnostic de calcul rénal, diagnostic qui, s'il ne trouve pas sa confirmation dans l'analyse des urines pauvres en acide urique et dépourvues de cristallisations uratiques et oxaliques, a en sa faveur l'expulsion des petites concrétions antérieurement rendues par le malade. En conséquence, je prescris une cuillerée de glycérine à prendre matin et soir, de l'urotropine, et un traitement prolongé au carbonate de lithine, alternant avec des eaux minérales naturelles lithinées. Le malade n'éprouve aucune amélioration de ce traitement continué pendant deux mois. Les crises lombaires, sans augmenter, ne diminuent tout au moins pas d'intensité, mais les douleurs gastro-intestinales vont en s'accroissant malgré un traitement approprié. Il suit alors, pendant tout le mois de juin, un traitement par l'électricité dont il ne ressent aucune amélioration. Après cela, on lui conseille de faire une cure aéro-hydrothérapique à Bagnères-de-Bigorre. Loin de le soulager, le séjour dans cette station aggrave plutôt son état et il rentre à Bordeaux dans un état presque lamentable : souffrant continuellement de tout l'abdomen, mais surtout de la région lombaire droite, ayant perdu le sommeil et l'appétit et ayant considérablement maigri.

Appelé de nouveau auprès du malade par le professeur A. Mous-sous, je fais sensiblement les mêmes constatations que lors de mon premier examen du côté du rein, et mon diagnostic, que je maintiens, se fortifie de ce fait que le mouvement, et en particulier le transport en voiture et en chemin de fer, a exagéré les douleurs lombaires.

Je propose la néphrotomie, en prévenant la famille et le malade

lui-même que si l'incision ne me fait pas trouver de gravier, elle sera suivie très vraisemblablement quand même de la cessation des douleurs.

Opération. — Le 13 septembre, après chloroformisation, j'ouvre la loge lombaire par une incision oblique; l'atmosphère adipeuse est très développée; pas de périnéphrite. Le rein, très rapidement extrait, est légèrement plus petit que normalement; il est grisâtre, de consistance dure, bosselé. Sa capsule propre, un peu épaissie, présente quelques plaques laiteuses. La palpation du parenchyme et celle du bassinnet ne révélant pas la présence de calculs, j'incise l'organe sur son bord convexe jusqu'au bassinnet. L'exploration des deux valves et celle des calices et du bassinnet ne me fait pas davantage découvrir de calculs. La coloration du tissu rénal sur ses deux tranches est foncée et on distingue mal la substance corticale de la substance médullaire. Après avoir réséqué un petit fragment lamellaire de tissu sur chacune des valves, je les rapproche l'une de l'autre, après avoir placé une sonde de Pezzer dans le bassinnet, en les suturant à l'aide de quatre points profonds de catgut et de cinq autres superficiels. Avant de réintégrer le rein dans sa loge, je résèque complètement sa capsule propre et je termine l'opération en suturant la paroi lombaire.

Suites. — Guérison par première intention sans élévation de température, sauf le sixième jour où elle atteignit, sans que j'en puisse déterminer la cause, 38°6. Le dixième jour, j'enlevai la sonde Pezzer du bassinnet. Ce jour-là et les jours suivants, il ne passa que très peu d'urine par la plaie rénale; mais le quatrième jour, l'urine ne sembla plus prendre le chemin de l'uretère et le malade fut inondé. Cela dura neuf jours, puis brusquement l'urine cessa de passer, et en quelques jours la plaie du rein et de la paroi fut complètement fermée.

Quant aux douleurs, elles disparurent aussitôt après l'opération. Non seulement le malade n'eut plus de crise lombaire, mais les crises gastralgiques et entéralgiques cessèrent complètement aussi. Après avoir été maintenu au régime lacté pendant une quinzaine de jours, il reprit peu à peu le régime habituel sans éprouver la plus petite douleur, le plus petit trouble de la digestion.

A l'heure actuelle, neuf mois après l'opération, M. D... a recouvré complètement la santé. La région rénale n'est pas plus douloureuse à la pression qu'elle ne l'est spontanément.

L'analyse des urines pratiquée le 14 janvier a donné :

Volume des vingt-quatre heures.	1.500 cc.
Densité à + 15	1.025
Couleur	jaune clair.
Aspect.	limpide.
Sédiment.	peu abondant.
Urée	par litre 24 gr. 50
Phosphates.	2 gr. 70
Chlorure de sodium.	9 gr. 25
Albumine.	0

Le dépôt est constitué par de nombreux leucocytes avec de rares hématies; quelques spermatozoïdes, nombreux cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique; quelques cristaux de phosphate ammoniacomagnésien.

Examen histologique du fragment prélevé. — Néphrite mixte.

OBSERVATION XIII (inédite).

POUSSON

Jean S..., 41 ans, charpentier. Entre à l'hôpital le 16 janvier 1907.

Père mort de paralysie à 79 ans. Mère morte de hernie étranglée à 69 ans. Quatre frères vivants, quatre sœurs en bonne santé. Un frère et deux sœurs morts en bas âge. Pas de lithiase dans la famille.

Le malade dit avoir eu une rougeole à 4 ans, et à 22 ans, au cours d'une période de vingt-huit jours, il eut une fluxion de poitrine. A vingt ans, il fit une chute d'une hauteur de six mètres et tomba sur une poutrelle, se fracturant trois côtes à gauche en même temps que se produisit une large ecchymose. Huit jours après, le malade reprenait son travail, quoique se ressentant encore de sa chute, et ce n'est pas avant un mois que toute douleur disparut. Pas d'hématurie après la chute.

L'an dernier, au mois de mai, à la suite de « plusieurs coups de

froid », se déclara une pleurésie, soignée et guérie par des vésicatoires et des cataplasmes sinapisés.

A noter que le malade, depuis son enfance, a toujours rendu de la bile en plus ou moins grande quantité, était sujet à des vomissements se produisant par accès et durant quelquefois plusieurs jours.

En 1891, brusquement, il ressentit une douleur très violente dans la fosse iliaque gauche, partant de la limite supérieure de celle-ci pour aller vers la verge. La douleur dura une demi-journée, subitement calmée lors de l'expulsion d'un calcul de la grosseur d'un grain de blé, accompagnée de quelques gouttes de sang. Un an après, nouvelle crise absolument semblable à la première, suivie d'une troisième l'année suivante.

Dépuis, souvent dans les urines le malade constata un résidu ayant l'aspect de brique pilée et apparaissant particulièrement à la suite d'un travail plus pénible ou d'une longue course en voiture.

Il y a cinq ou six ans, la douleur, localisée jusqu'ici dans la fosse iliaque gauche, remonta vers la région rénale, s'irradiant depuis une quinzaine de mois vers l'épaule gauche ; douleur intermittente et apparaissant d'une façon très irrégulière. Ces périodes douloureuses étaient suivies d'émission de graviers très fins et rougeâtres. Jamais de douleur rénale droite.

Actuellement, le 17 janvier, on ne constate rien d'anormal, à l'inspection des organes génitaux, rien non plus à l'exploration de l'urèthre et de la vessie par différents instruments, même les explorateurs métalliques. L'uretère gauche est douloureux à la pression profonde au niveau du détroit supérieur et du col du bassin. Le rein gauche, facilement senti par l'exploration bimanuelle, est très augmenté de volume, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Le ballottement est peu sensible et l'exploration assez peu douloureuse. A l'ébranlement, douleur nette au niveau du rein gauche.

Du côté droit rien à noter, le rein ne peut être senti, la percussion n'est pas douloureuse.

L'analyse des urines faite le 17 janvier a donné :

Volume des 24 heures	»
Densité à + 15°	1.021.
Réaction	normalement acide.

Couleur	jaune foncé.
Aspect.	louche.
Sédiment	peu abondant.
Urée par litre	16 gr.
Acide phosphorique total (P^2O^5)	1 gr. 60
Chlorure de sodium	9 gr. 35
Indican	léger excès.

L'examen microscopique du sédiment présente des hématies, des déchets épithéliaux, des tractus de mucine, quelques cristaux d'acide urique en amas à angles très aigus. Pas d'albumine.

La séparation des urines faite aussi le 17 janvier a donné :

	Rein droit.	Rein gauche.
Volume examiné.	2 cc.	8 cc.
Urée	10 gr. 40	9 gr.
Chlorure de sodium	»	7 gr. 90
Albumine.	présence.	présence.

Dans les deux reins, hématies, leucocytes, déchets épithéliaux.

A droite seulement, nombreux tractus de mucine.

Le malade est un peu amaigri, mais légèrement.

Radiographie, résultat nul.

Opération. — Le 19 janvier, incision lombaire; on arrive facilement sur un rein volumineux, nettement polykystique, le rein est fendu et exploré ainsi que le bassinnet, mais on ne trouve pas de calculs. Décapsulation facile. Suture du rein. Le bassinnet est drainé à l'aide d'une sonde de Pezzer.

Suites opératoires normales. — Les urines rendues sont sanguinolentes, 1.600 cc. Le 24, les urines contiennent toujours du sang; le 27 on enlève les points de suture superficiels, le pansement est assez abondamment souillé d'urine. Le 2 février, le malade se lève, la quantité d'urine qui s'écoule par la plaie diminue sensiblement, bon état général. Le 8 février, hématurie assez abondante avec caillots et coliques urétérales. L'émission d'urines atteint 2.000 cc. Le 13 février, l'hématurie continue malgré une potion hémostatique; la plaie est à peu près complètement cicatrisée, le rein gauche a beaucoup diminué de volume; par contre le rein droit est devenu volumineux et est parfaitement senti à la palpation bimanuelle.

Le 16 février, cystoscopie sans résultats nets, mais à la suite de la manœuvre, cessation complète des hématuries.

Le 22 février, il sort encore un peu d'urine par la plaie lombaire, pas de nouvelle hématurie.

Le 25 février, nouvelle hématurie avec élévation de température.

Le 27 février, urines redevenues pâles, 1.350 cc.

Densité à + 15	10,17
Réaction	normalement acide.
Acide phosphorique total	1 gr. 45
Chlorure de sodium	4 gr. 10
Indican	normal.
Albumine.	1 gr.

Très nombreux leucocytes, hématies.

Le 1^{er} mars, les urines sont très claires, il n'y a plus d'urine dans le pansement. Les douleurs ont complètement cessé.

OBSERVATION XIV

PATEL et CAVAILHON, 1903.

Néphrite latérale à type néphralgique. Néphrolyse. Décapsulation. Capsulectomie. Guérison. Disparition d'albumine et de l'hypoazoturie. Retour de l'élimination urinaire à son taux normal. Cessation des douleurs lombaires.

B. M..., 44 ans, ménagère. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires directs ou collatéraux. Père et mère morts âgés, ayant toujours eu une excellente santé. La malade appartient à une famille de sept enfants dont trois sont morts âgés, d'affections diverses. Personnellement son enfance s'est écoulée sans infections graves. Réglée à quinze ans, et régulièrement depuis. Mariée à vingt ans, quatre enfants, deux morts : un de diphtérie, l'autre de méningite; les deux derniers bien portants.

L'affection actuelle a débuté il y a trois ans. Fréquemment, pendant son travail, la malade ressentait, dans les mouvements de flexion ou d'extension du tronc, une sensation douloureuse dans la fosse rénale droite; les douleurs certains jours revenaient plus violentes,

sans jamais se présenter avec le cortège ordinaire de la colique néphrétique vraie. Jamais d'ailleurs les urines n'ont contenu de calculs; pas d'hématurie. Il y a dix-huit mois, on constatait de l'albuminurie. Depuis un an les phénomènes se précisent et s'accusent, les douleurs deviennent constantes, la station debout ou assise est mal supportée, le décubitus dorsal calme ses souffrances; la douleur n'est pas violente, c'est plutôt une sensation de tiraillement et de pesanteur. L'excrétion de l'urine s'effectue bien sans douleur, mais serait soumise à certaines variations, d'après la malade, en rapport semble-t-il, avec les exacerbations douloureuses.

La malade entre dans le service de M. le Dr Jaboulay, le 13 juin 1903.

Rien à signaler à l'examen des organes, si ce n'est un bruit un peu prolongé et trainant au cœur, mais pas de bruit de galop vrai. Dans la fosse rénale droite, on découvre une masse du volume d'un gros poing, régulière, à pôle inférieur arrondi, mobile avec les mouvements respiratoires, douloureuse à la pression profonde, ne se déplaçant pas sous la pression de la main; ballottement classique, faiblement perçu; trajet d'uretère droit pas douloureux; à gauche, le rein n'est pas perçu.

Urines : Présence d'un disque notable d'albumine.

Le diagnostic restait hésitant, la malade est mise en observation pendant dix-huit jours.

Régime lacté. Quantité d'urine entre 800 et 1.000 cc. ; matin et soir examen des urines; toujours disque d'albumine. Urée, 8 gr. 50 seulement par litre.

Le 22 juin, injection de bleu de méthylène. Une demi-heure après se fait l'élimination, qui se prolonge pendant trois jours pleins sous des modalités diverses (bleu ou chromogène), avec des variations infinies de coloration, sans qu'on puisse rattacher ces variations à une cause définie. Une séparation d'urines faite hâtivement, trop pour que les résultats n'aient plus toute leur valeur; une deuxième exploration est refusée.

Diagnostic hésitant entre lithiase rénale à symptomatologie larvée et néphrite unilatérale. Mais l'hypertrophie rénale, l'albuminurie, les douleurs surtout commandent l'intervention.

3 juillet : Opération. — Anesthésie à l'éther, incision lombaire. L'atmosphère celluleuse du rein apparaît épaissie, densifiée, adhérente aux arrière-plans pariétaux ; la face externe est fort irrégulière, envoyant à la capsule fibreuse de la glande une série de tractus vasculaires qu'on doit sectionner entre des pinces.

Rein volumineux, de coloration grisâtre, à surface irrégulière, la capsule fibreuse, déprimée en certains points, est fortement fixée au parenchyme de la glande, par le sommet de ces infundibula ; en d'autres régions, elle dessine des cordons épaissis, qui dessinent un élégant treillis.

La capsule est incisée, épaissie et peu souple. La décapsulation s'opère non sans difficultés, en raison des adhérences au niveau des cicatrices, néanmoins la capsule complètement décollée est réséquée en totalité. Surface du rein peu vasculaire, saignant peu et farcie de points cicatriciels. Bassinet et uretère parfaitement libres. On suture, un drain est laissé dans la plaie.

Suites opératoires. — La température oscilla deux jours autour de 38°, pour revenir définitivement à l'apyrexie. Régime lacté maintenu. Le lendemain de l'opération, émission de seulement 300 grammes d'une urine haute en couleur, fortement albumineuse ; les jours suivants, la quantité d'urine augmente d'environ 100 grammes par jour. Le 13 juillet, la malade urine 1.000 cc. Chaque jour, on recherchait l'albumine.

Le 12 juillet, diminution de la hauteur du disque.

Le 15, seules les urines de la journée (le malade s'est levé) contiennent de l'albumine.

Le 18, l'albumine disparaît. En même temps, l'urée subit une évolution inverse : 8 gr. 50 par litre avant l'intervention, 9 gr. 50 huit jours après.

Le 18, 1.200 cc. d'urine avec 12 gr. 5 d'urée par litre. L'épreuve du bleu montre que l'élimination commençait seulement une demi-heure après l'injection pour se prolonger pendant quarante-huit heures.

Les douleurs ont totalement disparu. Le malade sort le 24 juillet en parfait état de santé.

OBSERVATION XV

PÉAN, *in* thèse de Brodeur.

H..., 40 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Aucun antécédent héréditaire digne d'être noté, ni rhumatisme, ni syphilis.

Depuis quelques mois, il éprouvait des douleurs excessivement violentes dans la région du rein gauche, douleurs qui lui rendaient la vie insupportable et lui avaient fait prendre des habitudes alcooliques. A l'examen du malade, qui présentait encore un certain embonpoint, bien qu'il eût maigri, disait-il, beaucoup depuis quelques mois, on ne trouve aucune tumeur dans la région du flanc gauche; le siège de ces douleurs, la constatation d'une exagération de sensibilité à ce niveau sont l'unique résultat des recherches. Péan ne se résout pas, malgré les instances du malade, à pratiquer une opération.

Aucun trouble vésical, urines contenant un peu d'albumine : diagnostic, néphrite médicale. Le malade, adressé au professeur Peter puis au Dr Leudet (de Rouen) n'est nullement calmé par les différents traitements qu'on lui fait subir. Le malade revient voir Péan, qui le renvoie à Lecorché, Horteloup, Le Dentu, Guyon, Peter; nouveaux traitements et parmi eux les eaux de Contrexeville qui échoquent.

Les douleurs persistaient, partant du rein gauche et s'irradiant sur le trajet de l'uretère, jusque dans la partie correspondante du scrotum, douleurs vives, continues, s'exaspérant du moindre mouvement, rendant la marche impossible. Les urines contiennent toujours une certaine quantité d'albumine, des globules de pus et de sang, des sels calcaires.

On crut à la présence d'un calcul, déterminant de temps en temps des poussées inflammatoires dans le rein gauche, et le professeur Peter se prononça pour la néphrotomie, seule ressource qui pût apporter quelque soulagement contre les douleurs, qu'aucun traitement médical n'était arrivé même à diminuer.

Opération. — Le 18 janvier 1866, après incision des diverses couches, on arrive à la capsule, à travers laquelle on aperçoit le parenchyme rénal d'une teinte noire insolite; la surface est inégale, par-

courue de sillons blanchâtres de un à deux millimètres de profondeur, qui se poursuivent d'une façon irrégulière sur son bord externe et ses deux faces.

L'examen histologique, fait par le professeur Cornil, a conclu à de la glomérulite et à un état d'altération des tubes urinifères, comme dans la néphrite albumineuse peu prononcée.

Suites opératoires. — Le 19 janvier, fièvre à 38°; on donne au malade du lait, de l'eau-de-vie, de l'eau de Vichy, il rend un litre d'urine très sédimenteuse.

Le 20, le malade boit moitié moins, urine trois fois plus. Température 37°, pouls 96.

Le 22, un litre et demi d'urines claires, suppression de l'alcool.

Le 23, urines plus abondantes encore. Le malade sort le 1^{er} février. Depuis il a été suivi quelque temps, les douleurs ont disparu, il a repris ses forces, enfin son état de santé est très satisfaisant.

OBSERVATION XVI

MAC LANE TIFFANY, *Annals of Surgery*.

Femme, 49 ans. Mariée, a eu un enfant, il a treize ans; blennorragie et syphilis et un abcès à l'intérieur du bassin, qui s'ouvrit dans le vagin, et donna du pus pendant deux mois, est guéri depuis quelques années.

Deux ans avant de venir consulter, alors qu'elle était bien, elle ressentit une douleur dans la région lombaire droite, très intense, qui passa tout doucement et fit songer à un calcul du rein cheminant dans l'uretère. Les caractères douloureux se succédant à des intervalles irréguliers et se rapprochant de plus en plus, en augmentant d'intensité, la malade désire être soulagée à n'importe quels risques.

La douleur s'irradiait vers la ligne médiane, la vessie et la région inguinale correspondante; le mouvement l'accroissait.

Urines. — La pression sur le rein droit causait de la douleur, il n'y avait pas de tumeur, jamais d'évacuation de calculs; les urines étaient sanguinolentes à de rares intervalles. L'urine, au moment de l'intervention, contenait du pus et des globules rouges.

Opération. — Le 12 janvier 1889, le rein est mis à découvert par l'incision lombaire, on voit une cicatrice profonde et étroite existant au bord antéro-supérieur, dure au toucher. L'exploration du rein par la ponction en tous sens, à l'aide d'une aiguille longue, étant demeurée négative, la capsule fut fendue dans l'étendue de trois pouces et plus ; l'incision passant à côté de la cicatrice, les lèvres de l'incision baillèrent largement, preuve de l'existence de la tension intrarénale. La plaie fut fermée.

Suites opératoires. — Pendant les premières vingt-quatre heures, l'urine fut sanguinolente, puis elle redevint claire. Trois semaines après, la malade se plaignit encore de douleurs lombaires, mais elles diminuèrent graduellement et la malade reprit sa vie accoutumée.

Le résultat a été si immédiat et si remarquable, dit l'auteur, qu'on peut considérer comme très possible un résultat favorable et permanent.

Examen du rein opéré et diagnostic post-opératoire. — L'auteur émet l'opinion que la dépression d'aspect cicatriciel admet pour cause une néphrite chronique.

OBSERVATION XVII

Professeur FOLET (de Lille).

Femme V. B..., 32 ans, entrée à l'hôpital Saint-Sauveur (de Lille).

Le 11 janvier 1896, après une chute sur le côté droit, en descendant un escalier, elle a glissé de telle façon que la partie qui correspond à l'espace intercosto-iliaque a porté sur le rebord d'une marche ; elle ressentit une violente douleur, qui est restée localisée à la même place et qui persiste, quoique amoindrie, à l'heure actuelle. Une demi-heure après l'accident, il y eut une hématurie abondante avec émission de caillots allongés ; cette hématurie s'est manifestée à chaque miction pendant cinq jours ; onze jours après l'accident, c'est-à-dire le 22 janvier, les urines ont encore une teinte rosée.

La palpation, pratiquée dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, est rendue difficile par l'épaisseur de la paroi abdominale, la femme étant très obèse, néanmoins la pression de la région contu-

sionnée éveille une douleur très vive. Au bout de quelques jours, la douleur s'étant un peu calmée, la perception d'une tuméfaction suffisamment nette fait porter le diagnostic de contusion du rein, ayant donné lieu à un hématome ; malgré cela, la température resta constamment normale et la malade put sortir de l'hôpital fin février.

Cependant, il persistait dans le côté droit une douleur facilement éveillée. De même la palpation de la région rénale laissait percevoir une induration limitée. Cette femme revient à la visite à la fin du mois suivant ; les douleurs sont à peu près nulles ; on sent toujours une tuméfaction à l'extrémité inférieure du rein droit, l'état général est excellent et on se demande même si l'existence de cette tuméfaction ne peut être expliquée par un léger degré d'abaissement du rein.

La malade entre de nouveau à l'hôpital le 19 octobre, le côté droit est devenu derechef très douloureux, les douleurs sont spontanées aussi bien que provoquées par la palpation, qui permet de constater encore la tuméfaction dans la région rénale qui, réalité ou illusion, paraît avoir augmenté de volume depuis le dernier examen. Bien que la température ne permette pas de diagnostiquer de phénomènes aigus, on pense à une infection à marche lente de l'hématome primitif (périnéphrétique ou sous-capsulaire) et une intervention est décidée.

L'opération est pratiquée le 11 novembre par la voie lombaire ; incision de 12 centimètres, en dehors des muscles ; la capsule graisseuse du rein est trouvée immédiatement et le rein lui-même est découvert. Il n'y a plus de trace de pus, mais la consistance de la glande est dure et anormale : la capsule propre est incisée au bistouri ; sur une petite étendue, elle est remarquablement épaissie et fibreuse, mais au-dessous d'elle l'organe paraît sain. M. Folet pratique alors au thermocautère, d'un bout à l'autre du grand bord du rein, une espèce de taille de la capsule propre, qui a une épaisseur de 4 à 5 millimètres. Il s'écoule un peu de sang qui est bientôt arrêté par une légère compression ; drainage et pansement.

Suites opératoires. — Remarquablement simples. Le 20 novembre, plaie guérie, sauf un petit orifice à l'endroit du drain, qui disparaissait lui-même au pansement suivant.

Depuis, les douleurs n'ont plus reparu, la malade est sortie de l'hôpital le 20 décembre avec une ceinture abdominale, elle a repris son métier de servante, très satisfaite de son état.

Ici pachycapsulite avec expansion par hyperémie du parenchyme glandulaire double, cause de gêne du rein.

OBSERVATION XVIII

ISRAEL, In *Mill. a. d. Grenzg. d. Mediz. Chir.*, 1899.

Néphrite douloureuse d'origine métastatique avec accès apparaissant deux fois par jour. Adhérence du rein à la capsule adipeuse. Néphrotomie et néphropexie. Guérison pendant un an et demi.

M^{me} F..., quarante-deux ans, entrée le 22 février 1897. Elle a eu sept enfants, dont un est mort de tuberculose. Sa dernière grossesse date de huit ans. En janvier 1897, ses règles cessèrent et reparurent au mois de février avec de fortes douleurs. La malade ne croit pas avoir fait de fausse couche. La métrorrhagie avec une courte suspension s'est prolongée depuis; la fièvre est survenue, a cessé pendant huit jours, est revenue avec des douleurs dans le rein et dans le bas-ventre.

Examen. — Les annexes sont très douloureuses à gauche, le corps de l'utérus est immobile, fixe, remplissant le cul-de-sac latéral gauche, ainsi que le Douglas; les reins sont accessibles des deux côtés, un peu abaissés, le droit légèrement douloureux. Dans l'urine, rien d'anormal. Après amélioration de la métro-ovarite, le 16 mars apparaissent de fortes douleurs dans l'hypochondre droit, avec propagation vers les lombes. Les accès reviennent deux fois par jour, le rein droit se montre très sensible à la pression et abaissé.

L'urine, qui était normale à l'entrée de la malade, montre maintenant bien des modifications. Pendant la douleur, l'urine est claire, acide, contient quelques globules sanguins et quelques cellules dégénérées, très peu d'albumine. Après plusieurs examens, on finit par trouver des cylindres granuleux et hyalins, composés en partie par l'acide urique, en partie par des épithéliums et en partie par des globules rouges; à côté des cylindres, beaucoup de globules rouges,

vieux, altérés, à aspect chagriné et crénelé sur les bords. Le nombre des cylindres est relativement élevé en comparaison des traces d'albumine.

Opération. — Comme la douleur était très forte et apparaissait deux fois par jour, l'opération est décidée et pratiquée le 29 avril. Après la mise à nu du rein, l'organe montre une très forte adhérence avec la capsule adipeuse; du côté de l'uretère, pas de modifications. L'incision du rein ne montre rien d'anormal : pas de dilatation des calices, pas de calculs; on relève le rein et on fait la néphropexie du rein mobile droit.

Résultats. — Les accès disparaissent pendant dix-huit jours, puis reviennent deux fois. L'urine, au moment de la miction, est encore un peu troublée par des globules de pus; la quantité d'albumine est un peu plus forte qu'avant l'opération; le rein fixé à sa place normale ne bouge plus pendant la respiration; la paramétrite est guérie.

Après une pause d'un an et demi, les coliques reparaissent, d'abord à peine sensibles, puis de plus en plus fortes; le rein fixé est toujours en place.

Rein à processus néphrétique, localisation métastatique de la paramétrite.

OBSERVATION XIX

ROVSING, *Hopitalstidende*, janvier 1902, et *Mitt. a. Greuzg. d. Med. u. Chir.*, 1902.

Néphrite parenchymateuse unilatérale à tendances hémorragiques causées par le staphylocoque pyogène blanc. Pendant deux ans, douleurs dans la région du rein droit. Dans la dernière année, à plusieurs reprises, hématuries très fortes. L'urine renferme de l'albumine, des cylindres et des staphylocoques. Le pôle inférieur du rein enflé est enveloppé d'adhérences. Néphrolyse. Guérison depuis deux ans.

Jeune homme âgé de dix-huit ans. Au décours d'une blennorrhagie avec prostatite, il ressentit de très vives douleurs au niveau du rein droit et, de temps en temps, eut des hématuries accompagnées d'un malaise général. Ces symptômes s'amendèrent, mais pendant deux ans, il y eut de l'endolorissement au niveau des lombes, des douleurs au niveau du rein droit.

A l'entrée du malade, les urines renferment de l'albumine, du sang, des leucocytes, des hématies, des cylindres épithéliaux, des staphylocoques, des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens, mais ni gonocoques, ni bacilles de Koch. Pendant un an, il avait été traité au salol; les hémorragies s'étaient arrêtées, l'albumine était réduite à un minimum, mais douleurs et staphylocoques persistaient.

Le 23 février 1899, anesthésie au chloroforme. L'incision lombaire montra que le pôle inférieur du rein était le siège d'une néphrite infectieuse sans abcès et, en même temps, il était entouré d'adhérences; ces adhérences furent détruites, mais sans inciser le rein, de peur de réveiller la néphrite. En cinq semaines, le jeune homme fut guéri: ses douleurs disparurent complètement, de même que l'albumine. L'urine devint stérile.

L'évolution ultérieure de la maladie permet d'affirmer que le malade aurait pu guérir par traitement interne, si les douleurs n'avaient pas nécessité une opération. Depuis deux ans, la guérison persiste.

Il s'agissait ici d'une pyurie, reconnaissable macroscopiquement, d'albuminurie et d'hématurie intermittente, due à la lésion d'un seul rein. Le staphylocoque, assez peu virulent dans ce cas, produisit une néphrite partielle.

MODES D'INTERVENTION

Bien que le diagnostic, dans la plupart des cas de néphrites médicales, soit très imprécis, quelques-uns ont nécessité l'intervention chirurgicale à cause de l'intensité des douleurs et de l'anurie, qui étaient des symptômes dominants. Par l'intervention on est arrivé à la suppression presque certaine de la douleur et de l'anurie, et souvent l'albumine a disparu ou tout au moins considérablement diminué.

Sur dix-neuf cas dont nous avons relevé les observations, nous ne pouvons mentionner qu'une mort opératoire et une mort postérieure à l'opération de plusieurs mois, au milieu de douleurs intolérables et sans que la malade ait été le moins du monde soulagée. Ces deux malades appartenaient à Le Dentu. Dans l'un des cas, le premier, la malade était porteur d'un rein renfermant beaucoup de kystes conglomérés, qui semblaient devoir en annihiler la fonction. « La malade succomba à l'anurie au bout de 36 heures, par suite probablement de lésions semblables, quoique moins prononcées de l'autre rein, dit l'auteur, qui ne put faire l'autopsie ».

Nous devons aussi mentionner la malade d'Israël, chez qui la guérison se poursuivit pendant un an et demi et dont les douleurs devinrent ensuite plus intenses.

Mais dans les seize autres cas la guérison opératoire, la disparition des douleurs fut complète.

Tous ces malades certes n'ont pu être suivis pendant un très long temps.

Quelques-uns, ceux de Le Dentu, Folet, ne furent observés que

pendant quatre et six mois ; il n'en est pas moins vrai que d'autres accusent des guérisons de un, deux et même cinq ans.

Les opérations pratiquées dans les dix-neuf cas de néphrites chroniques douloureuses ont été :

La néphrectomie : trois fois avec deux guérisons opératoires (Pérez et Péan) et une mort (Le Dentu).

La capsulotomie : deux fois avec deux guérisons opératoires (Folet, Mac Tiffany).

La néphrotomie superficielle : trois fois avec trois guérisons opératoires (Le Dentu, deux cas, et Bloch).

La néphrotomie profonde jusqu'au bassinot : quatre fois avec quatre guérisons opératoires (Grunwell, Le Dentu, Bloch, Israël).

La néphrotomie profonde combinée à la capsulectomie : quatre fois avec quatre guérisons opératoires (Pousson).

La libération des adhérences réunissant le rein à son atmosphère graisseuse dans le cas de périnéphrite ou néphrolyse : une fois avec une guérison opératoire (Rovsing).

La néphrolyse combinée à la capsulectomie : une fois avec une guérison opératoire (Patel et Cavaillon).

La décapsulation bilatérale et fixation du rein droit : amélioration puis rechute.

D'après les résultats obtenus, on pourrait penser que le choix de l'intervention paraîtrait indifférent, mais en passant ces modes d'opérations en revue, nous verrons qu'il en est qui offrent sur les autres de tels avantages qu'ils doivent être choisis à l'exclusion de tout autre.

Parmi les interventions proposées, les unes sont bénignes, les autres peuvent plus facilement mettre en jeu la vie des malades.

La néphrectomie est l'opération la plus grave et elle présente trop de dangers en elle-même pour qu'on lui donne la préférence. On peut en outre objecter que le processus douloureux ne nécessite pas une intervention de cette importance ; une seconde objection : c'est que la difficulté n'est point de reconnaître le côté malade, mais de savoir bien exactement si l'autre

rein est absolument indemne et si, ne l'étant pas complètement, le travail supplémentaire que l'autre rein va être obligé de fournir ne le conduira pas à l'asystolie et par suite n'entraînera pas la mort du malade.

D'un autre côté, il est vrai que cette opération a sur toutes les autres l'avantage de supprimer les douleurs; nous n'insisterons pas davantage et ne considérerons jamais la néphrectomie que comme une opération de nécessité, à laquelle on ne se résoudra qu'en dernier ressort, et seulement lorsqu'on sera suffisamment renseigné sur la valeur fonctionnelle de l'autre rein.

La néphrotomie est déjà une opération présentant un bien moindre caractère de gravité. Jusqu'à présent on n'avait pratiqué cette opération que dans un but d'exploration, mais chez quelques malades, cette intervention ayant été plus ou moins curatrice de néphrites et d'hématuries, on a été amené à l'ériger en traitement particulier pour les néphralgies rénales.

Mais c'est une opération qui doit être précoce, car, outre que les malades la supporteront mieux, le rein est aussi moins altéré et elle permet le retour de cet organe à l'état normal : c'est une opération conservatrice. Ajoutons que l'ouverture du rein est le seul moyen d'établir un diagnostic vraiment exact, alors même que l'organe aurait été soumis à l'examen par tous les moyens connus en clinique et même la palpation à découvert et l'acupuncture, et que si cette exploration s'impose lorsque tous les traitements sont restés vains et que les symptômes douloureux remontent déjà à quelque temps, elle est parfaitement légitime après une durée de quelques mois, qu'elle soit d'ailleurs superficielle ou profonde, bien que la seconde soit préférable et rende l'exploration beaucoup plus démonstrative; d'autant plus que la section du rein jusqu'au bassinnet n'empêche pas la réunion immédiate, et que lorsque celle-ci manque, on est en droit de compter sur une réunion secondaire sans fistule persistante.

Israël et Pousson, dont toutes les préférences vont à la néphrotomie, font une incision d'un pôle à l'autre du bord convexe du rein, large, jusqu'au bassinnet; Harrisson et Rovsing, eux, préfèrent une incision moins large.

La *capsulotomie*, la simple incision de la capsule fibreuse du rein, pratiquée pour combattre surtout la tension de cet organe, cause des néphralgies, paraît se montrer insuffisante. La capsulotomie fut faite par Folet et Mac Tiffany dans un cas d'épaississement énorme de la capsule et bien qu'elle remplisse une des indications tirées de l'interprétation pathogénique des douleurs et qu'elle ait été suivie de guérison dans les deux cas où elle a été pratiquée, nous croyons devoir la réserver aux cas où la capsule, très épaissie et très altérée, semble être le facteur unique des phénomènes douloureux.

Pour la *capsulectomie* ou décortication du rein suivie de son ablation, elle ne peut être facile que lorsque celui-ci peut être mis sur la peau du dos, mais si le rein ne peut être extrait de la fosse lombaire, c'est avec les doigts qu'il faut le peler, pour ainsi dire, au fond de la plaie, aussi complètement que possible et exciser la capsule ainsi détachée du parenchyme rénal; le rein, alors totalement dépourvu de la capsule fibreuse, est remis dans sa couche graisseuse et la plaie extérieure refermée. Ce mode d'intervention doit être réservé aux cas de congestion intense du rein avec épaississement de la capsule et demandant une dérivation rapide de la circulation de retour par les adhérences néoformées.

Quant à la *néphrolyse*, étant donnés les arguments de Rovsing, qui attribue la genèse des souffrances aux tiraillements exercés par les adhérences sur les organes voisins de la loge lombaire, elle paraît devoir être un peu laissée de côté et n'être qu'exceptionnellement pratiquée dans des cas bien déterminés de péricapsulite.

De l'exposé des divers avantages ou inconvénients de ces interventions, il ressort que l'opération de choix est la néphrotomie, qui d'un côté ménage l'autre rein, si on a quelques doutes sur sa fonction, de l'autre laisse le champ libre à une néphrectomie tardive, postérieure à elle.

Mais si, comme Pousson, on combine à la néphrectomie, la capsulectomie, il semble que tous les desiderata en vue du résultat à obtenir, c'est-à-dire la cessation de la douleur, sont

remplis. Le rein n'est plus étranglé dans sa capsule, les poussées congestives de l'organe, causes de la néphralgie, cessent de par la néphrotomie, enfin cette congestion disparaît par suite de la nouvelle vascularisation, qui permet au trop plein de la circulation du rein de s'échapper par une voie de dérivation nouvelle.

CONCLUSIONS

1° Notre but a été simplement de démontrer l'existence des néphrites chroniques douloureuses et d'attirer l'attention sur elles;

2° C'est une affection qu'on a souvent confondue avec la lithiase à grosses concrétions;

3° Ce n'est pas une maladie *totius substantiæ*, mais une maladie localisée le plus souvent à un seul rein et même à une partie d'un seul rein.

4° L'expérience (par 15 observations sur 19) montre que cette affection est curable, grâce surtout à une opération relativement bénigne : la néphrotomie combinée à la capsulectomie.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
D^r A. POUSSON.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 28 octobre 1907.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN (J.). — Des néphrites hématuriques (*Presse médicale*, 1904).
- BASSAN. — Thèse de Lyon, 1903.
- BLOCH. — In *Revue de chirurgie*, 1898. « Résection du tissu rénal au point de vue diagnostique ».
- CIUTI. — *Rivista critica di clinica*, n. 22 (31 mai 1902, p. 459-464).
- CAYAILLON. — Néphrite unilatérale à type néphralgique guérie par la décapsulation et la capsulectomie (*Lyon médical*, n. 33, 1903).
- CLAUDE et BALTHAZARD. — Effet de la décapsulation des reins (Société de biologie, 1903, et *Journal de physiologie et de pathologie générale*, 1902, p. 462-467).
- COLLET. — Précis de pathologie interne.
- LE DENTU. — XII^e Congrès de l'association française de chirurgie, 1898, p. 36.
- In affections chirurgicales des reins, des uretères, etc. (Paris, 1886).
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne (t. III).
- ERTZBISCHOFF. — In thèse de Paris, 1906. « Contribution à l'étude du traitement chirurgical des néphrites. Rénodécortication ».
- GRUNWELL. — *Medical record* (New-York, 26 mars 1904).
- HARRISSON. — Contrib. to the study of some forms of alb. associated with kidney tension a. their treatm. (*Lancet*, janvier 1896).
- ISRAEL. — In Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der med. und chir., 1899.
- JABOULAY. — Traitement chirurgical des néphrites (*Archives générales de médecine*, 1903, p. 2904-2912).

- LAMBERT. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1897.
- MONGOUR. — De la néphrotomie dans les néphrites chroniques médicales (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1902, 87-90).
- A propos de la néphrotomie dans les néphrites médicales (*Bulletin médical*, 1904).
- MAC LANE TIFFANY. — Annals of Surgery (1889, p. 104-108).
- POUSSON. — De l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicales (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1902, p. 513).
- De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés de néphrites médicales (Communic. au IV^e Congrès de l'Association française d'urologie, p. 455).
- Traitement chirurgical des néphrites médicales (*Actualités médicales*, J.-B. Baillière. Paris, 1904).
- Des néphrites chroniques douloureuses (*Province médicale*, août 1906).
- PÉREZ (G.). — Il Poliniclo, n^{os} 1 et 3, 1904.
- ROVSING. — In Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Med. und Chir., 1902.
- SCHMIDT. — Surgic. treatm. of chronic. Bright's dis. (*Medical Record*, 13 sept. 1902, n. 44).
- TALAMON. — Traitement chirurgical du mal de Bright (*Méd. mod.*, n. 3, 1902).
- TUFFIER. — La capsule adipeuse du rein (*Rev. de chirurgie*, 1890).
- PÉAN. — La thèse inaugurale de Brodeur : « De l'intervention chirurgicale dans les affections des reins », p. 20. Paris, 1886.
- BOINET. — Traitement chirurgical des néphrites (*Arch. gén. de médecine*, 14 mars et 28 avril 1903).

